

Technická univerzita v Liberci

Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE
THE EDUCATIONAL CARE CENTER

Bakalářská práce: *ANDRLOVÁ Kateřina 10-FP-KSS-1001*

Autor:

Kateřina ANDRLOVÁ

Podpis:

Vedoucí práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
125	41	0	41	38	6

V Liberci dne:

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Bc. Kateřina Andrlová
adresa: Sídliště 574/II., 471 54 Cvikov
studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele
Název BP: **Středisko výchovné péče**
Název BP v angličtině: **Educational Care Center**
Vedoucí práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
Konzultant:
Termín odevzdání: duben 2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 19. 3. 2010



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): KATEŘINA ANDRLOVÁ

Datum: 4.6.2010

Podpis: Andrlová

Název BP: STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE

Vedoucí práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Podpis:

Cíl: Šetření úspěšnosti dobrovolného diagnostického pobytu s půlročním a ročním odstupem u dětí, které jej absolvovaly.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník, rozhovor, anamnestická data.

Literatura: JANSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-7041-114-7.
PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. rozš. a oprav. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.
TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí : jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
VOCILKA, M. *Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-5-6.
VOCILKA, M. *Netradiční forma prevence poruch chování: náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež – 2. díl*. Praha: Tech-Market, 1997. ISBN 80-902134-8-0.

Čestné prohlášení

Název práce: Středisko výchovné péče

Jméno a příjmení autora: Kateřina Andrlová

Osobní číslo: P08000901

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 28. 04. 2011

Kateřina Andrlová

Kateřina Andrlová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce doc. PaedDr. PhDr. Iloně Pešatové, Ph.D. za její odborné vedení, za poskytnutí cenných rad a kritických, ale konstruktivních připomínek, které přispěly k vypracování této bakalářské práce. Rovněž děkuji všem dětem, jejich zákonným zástupcům a třídním učitelům za umožnění realizace praktické části a ochotu a vstřícnost ke spolupráci. V neposlední řadě děkuji svým přátelům a rodině za pomoc při dokončování práce.

Název bakalářské práce: Středisko výchovné péče

Název bakalářské práce: The Educational Care Center

Jméno a příjmení autora: Kateřina Andrllová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2010/2011

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou poruch chování a jejich řešením v rámci intervence střediska výchovné péče. Jejím cílem bylo zmapovat úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu u dětí, jež jej absolvovaly v prvním pololetí školního roku 2009/2010 ve středisku výchovné péče v severočeském regionu. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů charakterizovala středisko výchovné péče, popisovala jeho klientelu a činnost, dále analyzovala problematiku klientů střediska výchovné péče zaměřenou na poruchy chování a sociální znevýhodnění a stručně představila systém výchovného poradenství. Praktická část zjišťovala pomocí analýzy dokumentů, dotazníku a rozhovorů úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu z pohledu respondenta, tj. dítěte, jež jej absolvovalo a z pohledu jeho zákonných zástupců a třídního učitele. Výsledky ukazovaly, že vnímání úspěšnosti je z pohledu každého jedince zcela subjektivní a závisí na celé řadě faktorů. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zhodnocení úspěšnosti dobrovolného diagnostického pobytu ve středisku výchovné péče z několika pohledů současně.

Klíčová slova: Středisko výchovné péče, chování, porucha chování, etopedie, sociální znevýhodnění, výchovné poradenství.

Title of Bachelor Thesis: *The educational care centre*

Summary:

The thesis dealt with the issues of behavioral disorders and its solution within the intervention of the educational care center. This thesis was aimed to map the success of voluntary diagnostic stay of children, who completed it in the first half of the school year

2009/2010 in the region of north Bohemia. This work was divided into two fundamental parts. Theoretical part which, with the help of processing and presentations of technical resources, characterised the educational care center, described its clientele and its function, analysed the issue of clients of the educational care center aimed to behavioral and social disadvantages and provided a short introduction to the system of educational consultancy. Practical part of this thesis was aimed to map the success of voluntary diagnostic stay from the respondent's view (i.e. from the view of child), from the view of his or her legal representatives and from the view of his or her class teacher. The results showed that the perception of the success of this stay is completely subjective from the view of every person and it is dependant on whole scale of factors. The biggest asset of this thesis, according to which issues there were dealing with, could be considered the evaluation of the success of this voluntary stay in diagnostic educational center from the several perspectives at once.

Keywords: The educational care centre, behavior, behavior disorders, ethopedy, social disadvantage, educational guidance.

Titel der Bachelorarbeit: *Das Zentrum der Erziehungspflege*

Zusammenfassung:

Die Arbeit beschäftigte sich mit Verhaltensproblemen und deren Lösungen im Rahmen der pädagogischen Intervention des Zentrums der Erziehungspflege. Ihr Ziel war, den Erfolg des freiwilligen diagnostischen Aufenthalts bei Kindern, die es in der ersten Hälfte des Schuljahres 2009/2010 in einem Zentrum der Erziehungspflege in der nordböhmischen Region absolvierten, zu untersuchen. Die Arbeit bestand aus zwei Hauptbereichen. Im theoretischen Teil wurde das Zentrum der Erziehungspflege durch die Textverarbeitung und Präsentation von Fachquellen charakterisiert und die Klientel dieses Zentrums und seine Tätigkeit beschrieben. In diesem Teil wurde die Problematik von Klienten des Zentrums der Erziehungspflege, die auf Verhaltensstörungen und soziale Benachteiligung gerichtet war, analysiert. Es wurde hier kurz das System der Erziehungsberatung vorgestellt. Der zweite praktische Teil untersuchte durch die Analyse von Dokumenten, Fragebogen und Gesprächen den Erfolg des freiwilligen diagnostischen Aufenthalts aus der Sicht des Respondenten, d. h. aus der Sicht des Kindes, das diesen Aufenthalt absolvierte und aus der Sicht seiner Erziehungsberechtigten und Klassenlehrer. Die

Ergebnisse zeigten, dass die Wahrnehmung des Erfolgs aus der Sicht jedes Einzelnen ganz subjektiv ist und dass es von vielen Faktoren abhängig ist. Für den größten Beitrag, bezüglich gelöste Problematik, kann die Bewertung des Erfolgs des freiwilligen diagnostischen Aufenthalts im Zentrum der Erziehungspflege aus unterschiedlichen Ansichten gehalten werden.

Schlüsselwörter: Das Zentrum der Erziehungspflege, das Verhalten, die Verhaltensstörungen, Ethopedie, soziale Benachteiligung, die Erziehungsberatung.

OBSAH:

ÚVOD	11
TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	13
1 Středisko výchovné péče	13
1.1 Personální zabezpečení činnosti střediska výchovné péče	14
1.2 Členění střediska výchovné péče	17
1.3 Rozsah a formy činností ve středisku výchovné péče	18
2 Problematika klientů střediska výchovné péče	27
2.1 Attention Deficit Disorder /Attention Deficit Hyperactivity Disorder	27
2.2 Poruchy chování	29
2.2.1 Vybrané klasifikace a specifikace jednotlivých poruch chování	33
2.3 Sociální znevýhodnění	44
3 Systém výchovného poradenství	46
PRAKTICKÁ ČÁST	52
4 Cíl praktické části	52
4.1 Stanovení předpokladů	53
5 Použité metody	53
6 Popis zkoumaného vzorku	54
7 Průběh průzkumu	55
8 Výsledky a jejich interpretace	58
8.1 Charakteristika respondentů	58
8.2 Šetření s odstupem šesti měsíců od ukončení pobytu	72
8.3 Šetření s odstupem dvanácti měsíců od ukončení pobytu	92
9 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse	99
9.1 Vyhodnocení předpokladů	105
ZÁVĚR	107

NÁVRH OPATŘENÍ.....	109
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	112
SEZNAM PŘÍLOH.....	116

ÚVOD

Problematika poruch chování, resp. jejich projevů, patří k diskutovaným tématům. Jejich výskyt je ovlivňován nejen genetickou výbavou jedince, ale významně také sociálním prostředím, společností, v níž jedinec žije, vyrůstá. Současná společnost žije v době, která se velmi rychle vyvíjí kupředu, charakterizuje ji spěch, shon, lidé nemají dostatek času ani pro sebe sama, natož pak pro své nejbližší, ubývá komunikace mezi lidmi, vzájemného respektu a úcty, každý sleduje zejména svůj zájem a do popředí staví materiální zisk. Jedinec je nucen držet krok se společností, jsou na něj kladeny stále vyšší a vyšší nároky a požadavky, je vystaven neustálému tlaku, napětí a stresu, což se negativně podepisuje na jeho fyzické odolnosti a psychické stabilitě. Toto vše se pak zásadním způsobem odráží i na respektování a dodržování sociálních norem dané společnosti. Jejich hranice se stále posouvají. Iniciátorem překračování sociálních norem však nemusí být jen dospělý jedinec. Mnohdy se z médií dozvídáme, že původci tohoto jednání jsou mladiství či dokonce děti. A právě tato riziková skupina tvoří klientelu středisek výchovné péče.

Středisko výchovné péče je školským zařízením poskytujícím preventivně výchovnou péči dětem s rizikem vzniku či již projevy poruch chování. V systému prevence zaujímá jistě nezastupitelnou roli již pro možnost pravidelné a dlouhodobé terapeutické práce s dítětem a jeho zákonnými zástupci v rámci ambulantního či pobytového oddělení. Ne každé dítě navštěvující ambulanci střediska se dostane na pobytové oddělení, ovšem přijetí k dobrovolnému diagnostickému pobytu (tj. na pobytové oddělení) vždy předchází ambulantní péče. Rozdíl mezi ambulantními a pobytovými službami je především v intenzitě intervence. Do ambulance dochází dítě zpravidla jednou za měsíc (dle potřeby to může být i častěji), na pobytovém oddělení již tráví soustavně přibližně dva měsíce. Ne vždy je však vyšší intenzita péče zárukou úspěšnosti pobytu.

Během své čtyřleté praxe ve středisku výchovné péče jsem si mnohdy kladla otázku, nakolik je pobyt u daného dítěte úspěšný a zda je dítě, jež na pobytu dokázalo na sobě zapracovat a osvojit si vhodnější, přijatelnější vzorce chování a jednání, než ty nežádoucí uplatňované před pobytem, schopno a ochotno začít znovu a v domácím a školním prostředí „fungovat“ bez výchovných obtíží. Je nezbytné si uvědomit, že úspěšnost pobytu vždy závisí na mnoha různých faktorech od motivovanosti dítěte k pobytu po spolupráci

s rodiči. Navíc úspěšnost pobytu může být vnímána jinak dítětem, jinak jeho zákonným zástupcem a odlišně třídním učitelem, každý jedinec ji hodnotí ze svého vlastního pohledu.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch chování a jejich řešením v rámci intervence střediska výchovné péče. Klade si za cíl zmapovat úspěšnost pobytu dobrovolného diagnostického pobytu u dětí, jež jej absolvovaly v prvním pololetí školního roku 2009/2010 ve středisku výchovné péče v severočeském kraji.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické. Teoretická část je tvořena třemi podkapitolami. První je věnována středisku výchovné péče, detailněji charakterizuje jeho klientelu, personální zabezpečení, členění dle typu služeb péče, dále rozsah a formy činností realizovaných ve středisku. Druhá podkapitola se zabývá problematikou jedinců ve středisku, tj. definuje chování a jeho poruchy včetně specifických symptomů a podává stručný souhrn některých klasifikací poruch chování, dále se stručně věnuje problematice sociálního znevýhodnění a výchovného poradenství.

Praktická část vymezuje cíl práce, stanovené předpoklady, popisuje použité metody, zkoumaný vzorek, průběh šetření a následně interpretuje zjištěná data, poté podává jejich shrnutí.

TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

1 Středisko výchovné péče

Středisko výchovné péče (dále jen SVP) tvoří součást systému pedagogicko-psychologického poradenství, spadá pod školská zařízení pro výkon preventivně výchovné péče (Bendl, 2004, s. 44) a poskytuje tedy všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc dětem s rizikem nebo projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Tato péče je orientována na odstranění nebo zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku dalších závažnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji dětí, u nichž nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy či uložení ochranné výchovy (§ 17 odst. 1 zák. č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů).

Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče, charakterizuje výchovně vzdělávací péči ve středisku jako soustavnou pedagogickou činnost, která vede k vytváření a ovlivňování podmínek umožňujících zapojení jedince do společnosti a zdravý rozvoj jeho osobnosti. Součástí výchovně vzdělávací péče je také činnost orientující se na podporu vzdělávání klientů a motivaci k sebevzdělávání v rámci celoživotního učení (§ 1 odst. 2, odst. 3 vyhl. č. 458/2005 Sb.).

Střediska pečují o děti a mládež ve věku od 3 let do ukončení přípravy na povolání, maximálně však do 26 let věku. Ve zvlášť odůvodněných případech mohou být klienty střediska také studenti, u nichž rizika nebo projevy poruch chování vyvrcholily v opuštění přípravy na povolání, pokud tato není delší než jeden rok a předpoklad pokračování v profesní přípravě je reálný. Klienty kromě dětí i mladistvých jsou také jejich rodiny a další výchovné subjekty (Bendl, 2004, s. 45-46). Podmínkou přijetí do střediska je vedle souhlasu zákonných zástupců také svobodné rozhodnutí klienta (Jedlička a kol., 2004, s. 311).

Zřizování středisek v místech s vyšším výskytem sociálně patologických jevů dětí a mladistvých v České republice umožňuje zákon České národní rady č. 395/1991 Sb.

o školských zařízeních, § 31 o Střediscích výchovné péče pro děti a mládež (Vocilka, 1996, s. 25). Před tímto rokem existovalo v České republice pouze jediné experimentální zařízení tohoto typu, a to Středisko pro mládež v Praze 9 na Klíčově, které vzniklo jako pracovní výchovná skupina výchovného ústavu pro mládež již v roce 1984 (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 202). Vocilka (1994, s. 61) upozorňuje, že „...*velmi zodpovědně se musí přistupovat k vytipování lokalit, kde je zřízení 'Střediska' nejaktuálnější. 'Střediska' by se však neměla kumulovat pouze do rizikových oblastí, ale zřizovat se rovnoměrně ve všech regionech, tedy i v oblastech s nižším výskytem závadových projevů. Zde se právě naskytá možnost včasné primární prevence.*“

Střediska výchovné péče mohou být soukromými institucemi, samostatnými státními speciálními školskými zařízeními či detašovanými pracovišti již existujících speciálních výchovných zařízení, např. diagnostických či výchovných ústavů (Vocilka, 1996, s. 25).

1.1 Personální zabezpečení činnosti střediska výchovné péče

Základní personální obsazení střediska výchovné péče tvoří vedoucí střediska, speciální pedagog – etoped, psycholog, sociální pracovník a případně ještě výchovný pracovník – terapeut (Vocilka, 1996, s. 26).

Vedoucí střediska

Je-li středisko součástí nějakého výchovného zařízení, je jeho vedoucím buď ředitel příslušné instituce, při níž je středisko zřízeno nebo jím pověřený pracovník střediska. Jeho pracovní náplň zahrnuje např. koordinaci vztahu mezi střediskem a školou, rodinou, případně výchovným zařízením; zabezpečení vnějších vazeb s ostatními zainteresovanými institucemi; odpovědnost za seznámení pracovníků střediska s právními předpisy z oblasti hygieny, bezpečnosti práce a požární ochrany včetně pravidelné kontroly jejich dodržování; odpovědnost za organizační, obsahovou a odbornou úroveň práce střediska; určení pracovní náplně pracovníků střediska včetně časových harmonogramů jejich služeb a vytváření podmínek pro zvyšování jejich kvalifikace; podíl na osvětové činnosti střediska a jeho propagaci a navazování kontaktu se sdělovacími prostředky; odpovědnost za efektivní využívání svěřených materiálních a finančních prostředků; odpovědnost za vytvoření pracovních podmínek pro efektivní práci střediska; svolávání a řízení porad střediska; řízení všech pedagogických, odborných i nepedagogických pracovníků střediska;

podíl na přímé výchovné práci s dětmi; spolupráci s dalšími středisky a tvorbu koncepce práce pracoviště s výhledem do budoucna (Vocilka, 1996, s. 27).

Speciální pedagog – etoped

Ve spolupráci s ostatními odborníky střediska provádí komplexní speciálně pedagogickou diagnostiku s návrhem opatření na odstranění nebo zmírnění následků výchovného ohrožení klienta, vypracovává individuální výchovný plán klienta a seznamuje s ním rodiče i ostatní zainteresované pracovníky, soustřeďuje a doplňuje dokumentační materiál o dítěti s doporučením další výchovné péče, spolupracuje s týmem odborníků a zpracovává odbornou zprávu o klientovi, podílí se na terapeutickém vedení dětí formou individuální a skupinové terapie, zabezpečuje ambulantní kontakty střediska s klientem, zpracovává a předkládá vedoucímu střediska návrhy na formy a metody práce s klientem, poskytuje odborné konzultace a metodickou pomoc pedagogům kmenové školy klienta, vede o své práci pedagogickou dokumentaci (Vocilka, 1996, s. 28).

Psycholog

Provádí komplexní psychologické vyšetření, orientační psychologické vyšetření, spolu s ostatními odborníky střediska se podílí na sestavení individuálního výchovného plánu dítěte a navrhuje opatření pro zvýšení efektivnosti zvolených metod, zajišťuje oblast pedagogicko-psychologického poradenství (poskytuje odborné konzultace pedagogům a rodičům sledovaných dětí), podílí se na přímé práci s dětmi prostřednictvím psychoterapeutického působení a využíváním individuálních či skupinových rehabilitačních aktivit, zaznamenává výsledky psychologických vyšetření a psychický vývoj jednotlivých sledovaných dětí, aplikuje formy sociální a rodinné terapie, v případě existence linky důvěry zajišťuje spolu s dalšími odborníky poradenské služby, úzce spolupracuje s odborníky, s nimiž jsou sledované děti v kontaktu (etoped, pediatr, sociální pracovník aj.), trvale si zvyšuje odborný růst, získané poznatky využívá ve své práci a poradenské činnosti (Vocilka, 1996, s. 28).

Sociální pracovník

Vykonává depistáž dětí v daném regionu, navazuje kontakt s rodinami, provádí sociální anamnézu, poskytuje konzultace dětem a jejich zákonným zástupcům, kooperuje se všemi zainteresovanými zařízeními a institucemi, vede evidenci dětí, které jsou aktuálně v péči střediska či jeho péčí prošly, vede administrativu týkající se činnosti střediska (eviduje a zakládá korespondenci apod.), účastní se porad střediska, odpovídá za hospodaření

se svěřenými finančními prostředky (poštovné aj.), sleduje nově vydávané vyhlášky a předpisy, které se týkají sociálních nároků rodiny a legislativy v oblasti prevence poruch chování (Vocilka, 1996, s. 29).

Výchovný pracovník – terapeut

Je novou funkcí, jež se v mnohém podobá pracovní náplni speciálního pedagoga – etopeda. Výchovný pracovník – terapeut vykonává analýzu vývoje klienta, zjišťuje jeho zájmy, tendence, schopnosti, sociální vlivy, analyzuje jeho chování z pedagogicko-psychologického a speciálně-pedagogického hlediska, zjišťuje příčiny poruch sociální adaptace, narušení emocionálního vývoje a efekt aplikovaných výchovných metod, doporučuje opatření ke zvýšení efektivnosti výchovných metod a dosažení změn v chování a jednání, úzce kooperuje se sociální pracovníci, psychologem a pedopsychiatrem, soustřeďuje, analyzuje a hodnotí dokumentační materiál o klientovi, aby zcela vystihoval vývoj jeho osobnosti a poruch chování, prostřednictvím psychoterapeutického působení se podílí na práci s klienty, výsledky svých šetření a pozorování zaznamenává a průběžně o nich informuje další odborníky střediska, navštěvuje školy, spolupracuje s rodinou klienta, navrhuje rodinnou terapii, poskytuje odbornou pomoc vychovatelům střediska, spolupracuje se sociálním kurátorem pro děti a mládež (Vocilka, 1996, s. 30).

Poskytuje-li středisko internátní péči, personální obsazení dále doplňuje učitel, odborný a pomocný vychovatel.

Učitel

Učitel zabezpečuje vstupní zjištění vědomostí, během diagnostického pobytu ve středisku pomáhá klientovi doplnit zameškané učivo, realizuje styk s kmenovou školou klienta, vede dokumentaci o klientech, podílí se na přípravě na vyučování, před ukončením diagnostického pobytu žáka na něj zpracovává odbornou zprávu (Vocilka, 1996, s. 30).

Odborný vychovatel

Zajišťuje výchovnou činnost ve skupině klientů, zpracovává jejich průběžné hodnocení, podílí se na práci s rodinou a na přípravě jednorázových i dlouhodobějších akcí (zátěžové pobyty aj.), účastní se porad, seminářů, školení, pracuje na svém dalším profesním růstu (rozšiřování vzdělání v rámci psychoterapie), provádí běžné administrativní činnosti, organizuje dovoz, přípravu a výdej stravy, zajišťuje podávání případné medikace jednotlivým klientům, v případě útěku klienta kontaktuje jeho zákonného zástupce, každodenně organizuje určité psychoterapeutické aktivity (např. komunity) a každého

klienta individuálně hodnotí, účastní se pravidelných komunikativních setkání klientů v rámci skupinové terapie, zodpovídá za plnění a dodržování vnitřního řádu střediska a zpracovává a předkládá návrhy na jeho materiální vybavení (Vocilka, 1996, s. 30).

Pomocný vychovatel

Zajišťuje během své noční služby dodržování nočního klidu, dbá na dodržování doby spánku klientů, vykonává pravidelnou kontrolu jejich pokojů, zajišťuje podávání případné medikace jednotlivým klientům, vede svěřence k prohlubování základních pracovních a hygienických návyků, dle možností a potřeby se účastní porad střediska (Vocilka, 1996, s. 31).

Počet personálu a jeho odborné zaměření se odvíjí od charakteru střediska (ambulantní oddělení, internátní oddělení), počtu klientů, lokality a závažnosti jejich krizové situace (Vocilka, 1996, s. 26).

Pedagogičtí pracovníci musí splňovat kritéria stanovená zákonem č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících. Současně také podmínku psychické způsobilosti, která je zjišťována psychologickým vyšetřením před vznikem pracovněprávního vztahu, případně již v době jeho trvání, vznikne-li důvodná pochybnost o tom, jestli pedagogický pracovník tuto podmínku splňuje, popřípadě když posudek pozbude platnosti. Psychologický posudek má sedmiletou platnost a k jeho vypracování je kompetentní pouze osoba s udělenou akreditací Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (Bayerová, 2010, s. 3).

Jak zdůrazňuje Vocilka (1996, s. 32), „...protože všichni pracovníci do určité míry realizují skupinovou či individuální psychoterapii, jeví se zde psychoterapeutický výcvik základní podmínkou kvalitní práce“.

1.2 Členění střediska výchovné péče

Dle vyhlášky č. 458/2005 Sb., mohou být SVP zřizována jako zařízení poskytující péči formou ambulantní, celodenní, internátní či kombinovanou.

Ambulantní oddělení

Ambulantní oddělení se dále nečlení. Poskytuje výchovně vzdělávací péči v pracovních dnech minimálně v rozsahu 8 hodin denně, poskytuje poradenskou podporu klientům v životních tíživých situacích a vytváří podmínky pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů. Dále na základě výsledků provedených vyšetření a průběhu dosavadní

péče doporučuje vhodnou formu další péče a zařazení klienta do celodenního či internátního oddělení a poskytuje následnou výchovně vzdělávací péči zpravidla po dobu 1 roku klientům, kteří ukončili pobyt na celodenním či internátním oddělení (§ 5 písm. a, písm. b, písm. c, písm. e vyhl. č. 458/2005 Sb.). Ambulantní oddělení poskytuje své služby bezplatně.

Celodenní a internátní oddělení

Celodenní oddělení poskytuje souvislou výchovně vzdělávací péči a stravování v pracovních dnech v minimálním rozsahu 8 hodin denně nejpozději do 19 hodin.

Internátní oddělení poskytuje klientům po celou dobu jejich pobytu ve středisku nepřetržitou výchovně vzdělávací péči, ubytování a stravování a v případě, že kmenová škola vypracovala pro klienta individuální vzdělávací plán, zajišťuje dohled nad jeho plněním ze strany klienta. Internátní oddělení poskytuje své služby také bezplatně. Klient si však hradí náklady za ubytování a stravování. V případě klientů, kteří nemají finanční prostředky k uhrazení stanovené částky, lze ji získat formou jednorázové dávky prostřednictvím odboru sociální péče. Tato dávka však není nároková.

Základní organizační jednotkou oddělení je výchovná skupina. Oddělení ani výchovná skupina nejsou rozděleny dle věku či pohlaví klientů (§ 7 odst. 1, odst. 2, odst. 3 vyhl. č. 458/2005 Sb.).

1.3 Rozsah a formy činností ve středisku výchovné péče

Rozsah a formy činností realizovaných ve středisku výchovné péče specifikuje Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP. Dle něj spolupráce s klientem buď jednorázová, krátkodobá či dlouhodobá.

Jednorázové vedení klienta představuje odbornou poradenskou pomoc poskytnutou dítěti v obtížné životní situaci či životní krizi, kdy potenciální klient nemá zájem o krátkodobé či dlouhodobé vedení ve středisku, případně je mu doporučena péče jiného zařízení. Tímto termínem se současně rozumí konzultace poskytnutá zákonnému zástupci nezletilého klienta (nebo jiné osobě odpovědné za výchovu) v případě výchovných problémů, jež není schopen samostatně vyřešit. Jednorázové vedení probíhá formou osobní či telefonické konzultace. O dítěti, jež žádá jednorázově konzultaci či psychologickou pomoc, není vedena samostatná dokumentace. O podnětu ke konzultaci, času, délce a způsobu kontaktu

je proveden záznam v knize denní evidence činností. Jednorázové vedení klienta zahrnuje rovněž konzultace vyžádané klientem, který již ukončil pobyt ve středisku a žádá o jednorázovou poradenskou pomoc nebo psychologickou podporu v náročné životní situaci, při volbě další vzdělávací cesty, při volbě vhodné profesní přípravy aj. (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 1, odst. 1).

Krátkodobé vedení klienta je odborná činnost s klientem, která probíhá v ambulantním oddělení a je ukončena do 2 měsíců od prvního kontaktu, přičemž se uskutečnilo minimálně 5 návštěv střediska (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 1, odst. 2).

Dlouhodobé vedení klienta je poskytování diagnostických, preventivně výchovných a poradenských služeb v oddělení ambulantním, případně celodenním či internátním, trvající déle než 2 měsíce od první konzultace (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 1, odst. 3).

Středisko výchovné péče poskytuje diagnostické, preventivně výchovné a poradenské služby, které jsou realizovány především formou:

- poskytování jednorázové poradenské intervence;
- individuální činnosti s klientem;
- skupinových činností s klienty;
- poskytování služeb zákonným zástupcům nezletilého klienta;
- spolupráce se školami;
- spolupráce se školskými poradenskými zařízeními;
- spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí;
- spolupráce se zdravotnickými zařízeními a dalšími orgány, jež se podílejí na prevenci a řešení rizikového chování klientů (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2).

1. Jednorázová poradenská intervence.

Jednorázová poradenská intervence probíhá formou osobního setkání či telefonického rozhovoru (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 1).

2. Individuální činnost s klientem.

Individuální činnost s klientem probíhá především jako:

➤ Diagnostická činnost

Diagnostická činnost je ve středisku prováděna zejména jako služba zaměřená na rozpoznání podstatných rysů osobnosti klienta, zjištění jeho potřeb a potíží. Je realizována v rámci komplexního vyšetření v oddělení ambulantním a dále formou dílčích vyšetření doplňujících předchozí zjištění. V oddělení ambulantním představují výsledky diagnostické činnosti jedno z důležitých východisek při zpracování individuálního výchovného plánu, případně slouží jako jeden z podkladů pro zařazení klienta do péče oddělení celodenního či internátního nebo pro doporučení jiné odborné péče.

Komplexní vyšetření klienta je takové vyšetření, jež zahrnuje psychologickou diagnostiku osobnosti, speciálně pedagogickou a pedagogicko-psychologickou diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje. Součástí komplexního vyšetření je také sociální diagnostika podmíněnosti příčin těchto poruch.

Diagnostická činnost je realizována rovněž v oddělení celodenním a internátním, je-li třeba doplnit předchozí komplexní vyšetření.

➤ Vzdělávací a reedukační činnost

Vzdělávací a reedukační činnost využívá zejména individuální přístup, kdy si klient pod vedením speciálního pedagoga osvojuje nové znalosti a dovednosti, přičemž se učí rozpoznávat svoje individuální vloh. Spolupráce s klientem vede k podpoře jeho autoregulace a rozvoji zdravého sebevědomí.

Vyplyne-li z výsledků individuální diagnostické činnosti provedené u klienta s vývojovými poruchami učení či chování potřeba individuální či skupinové integrace nebo přijetí ke vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, informuje středisko o svých diagnostických zjištěních klienta a zákonného zástupce nezletilého klienta. Se souhlasem zletilého klienta či zákonného zástupce nezletilého klienta informuje o diagnostických zjištěních také školské poradenské zařízení. Ve spolupráci s ním připraví podklady pro rozhodnutí o zařazení klienta do systému vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, respektive zpracování individuálního vzdělávacího plánu.

➤ *Terapeutická činnost*

Terapeutická činnost probíhá v ambulantním oddělení zejména formou krátkodobého terapeutického vedení klienta v náročných životních situacích či formou dlouhodobé individuální terapeutické činnosti směřující k zásadnějším změnám chování a postojů klienta. Krátkodobé terapeutické vedení klienta v náročných životních situacích je orientováno na řešení aktuálních potíží, předcházení vzniku životní krize a osvojení si dovedností usnadňujících překonávání stresu. Dlouhodobá individuální terapeutická činnost s klientem představuje dlouhodobé působení pedagogického pracovníka na osobnost klienta a takové projevy v jeho chování, jež mu způsobují problémy vyžadující odbornou terapeutickou pomoc.

➤ *Poradenská činnost*

Individuální poradenskou činností s klientem jsou především osobní konzultace v širokém spektru poradenské problematiky, obzvláště pak při výběru další vzdělávací cesty nebo při výběru vhodné profesní přípravy (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 2).

3. Skupinové činnosti s klienty.

Preventivně výchovná činnost, jež probíhá i ve skupině, usnadňuje klientům přijetí korektivních zkušeností a nácvik žádoucích sociálních rolí. Skupinové činnosti s klienty probíhají v oddělení ambulantním i celodenním a internátním. V ambulantním oddělení jsou skupiny sestavovány příležitostně, dle aktuálních potřeb klientů, cílů stanovených v jejich individuálních výchovných plánech a forem činností vedoucích k naplnění cílů. V celodenním a internátním oddělení tvoří základní organizační jednotku výchovná skupina maximálně osmi klientů. Výchovná skupina může být dle rozhodnutí ředitele střediska organizovaná buď formou tzv. „otevřené skupiny“ s různými termíny vstupu klienta do výchovného programu, či formou tzv. „uzavřené skupiny“ s pevným termínem zahájení a ukončení činnosti platným pro všechny zařazené klienty.

➤ *Skupinová činnost s klienty ambulantního oddělení*

Skupinová činnost ambulantního oddělení probíhá následujícími formami:

- a) Cílený terapeutický program pro skupinu klientů, v němž jde o obsahově a většinou i časově vymezené odborné vedení skupiny orientované na zmírnění či odstranění určitých jasně určených problémů, pro něž byli klienti do programu zařazeni. Program se orientuje na pochopení příčin problému, reedukaci, sociální rehabilitaci a prevenci. K dosažení stanoveného cíle se využívá zejména metod verbálně-kognitivního učení, sociálního učení prostřednictvím nápodoby žádoucích vzorců chování a terapeutických prvků skupinové práce orientované na úspěšné zvládnutí nároků rodiny a školy. Program pro klienty s rodinnými problémy je zpravidla zaměřen na řešení vztahových problémů dítěte uvnitř rodinného systému či ve vrstevnických skupinách. Program pro klienty, jež před přijetím do střediska zneužívali návykové látky, se zaměřuje na směřování k trvalé abstinenci.
- b) Socioterapie, která je zde vymezena jako pedagogicko-psychologická pomoc a cíleně organizovaná sociální opora poskytovaná klientovi při překonávání socializačních potíží, při změně prožívání, myšlení, chování a sociálních vztahů směrem, jenž je pokládán klientem i pedagogickým pracovníkem za žádoucí. Pedagogický pracovník pomáhá v rámci socioterapie klientovi při zvládání zátěžových situací, s nimiž se nedokáže vypořádat vlastními silami a aktivně jej podporuje při začlenění do společnosti.
- c) Sociální rehabilitace, jež představuje souhrn podpůrných činností upravujících narušené sociální vztahy klientů. Cílem je sociální integrace a pracovní zařazení odpovídající schopnostem klienta. Pedagogický pracovník působí především na nápravu v oblasti interpersonálních vztahů (ve výchovné skupině, v rodině, ve škole, s ostatními vrstevníky), na úpravu sociálního prostředí klienta (rodinné terapeutické činnosti, spolupráce se školou, spolupráce s dalšími pomáhajícími institucemi), na výběr vzdělávací dráhy, na profesní orientaci a případné pracovní začlenění klienta.

d) Zážitková pedagogika, která využívá výchovně vzdělávací a preventivně výchovný přístup ke klientům založený na získávání dovedností, znalostí a hodnotových postojů, jejichž osvojování je provázáno intenzivní emocí prožívanou ve skupině při společném řešení zadaných úkolů. Činnost pedagogických pracovníků vychází z promýšlení výchovných cílů a cíleného vytváření náročných situací, v nichž si klienti na pozadí atraktivních a zábavných činností osvojují vlastnosti, schopnosti, dovednosti a postoje uplatnitelné v běžném životě (kooperace, komunikace, sebedprosazení, sebeúcta, ocenění ostatních, odvaha, odpovědnost, sebekontrola atd.). Pedagogičtí pracovníci vedou klienty k náhledu na vlastní prožívání i v kontextu práce celé skupiny.

e) Psychosociální hry, psychogymnastika, výchovná dramatika, dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie, artefiletika apod.

➤ *Skupinová činnost s klienty celodenního a internátního oddělení*

a) Vzdělávací a reedukační činnosti. Tyto činnosti jsou organizované ve skupině klientů uspořádané obdobně jako žákovský kolektiv v běžné školní třídě. Jsou diagnosticky, výukově a dle potřeby i reedukačně zaměřeny na rozpoznání a využití individuálního kognitivního stylu každého klienta a osvojení si odpovídajícího stylu učení. V odpoledních hodinách probíhá v rámci výchovně vzdělávací činnosti příprava na školní vyučování.

b) Preventivně výchovné, výchovné a sociálně rehabilitační aktivity. Jsou organizovány s využitím pedagogických metod s terapeutickým potenciálem (např. artefiletika, arteterapie, muzikoterapie, výchovná dramatika, relaxační techniky) a zacíleny na žádoucí změny v prožívání a chování klientů.

c) Volnočasové a sportovní činnosti. Jsou plánovitě zacíleny na osvojení různých relaxačních metod, zvýšení tělesné zdatnosti a odolnosti klientů vůči sociálnímu stresu, adaptivní řešení problémových či potenciálně konfliktních situací včetně posilování sociálně-komunikačních dovedností spolupráce ve skupině.

- d) Krátkodobý výjezdový terapeutický program. Je uskutečňován v rozsahu 3 až 5 dnů a vychází ze zásad zážitkové pedagogiky (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 3).

4. Poskytování služeb zákonným zástupcům nezletilého klienta či jiným osobám odpovědným za výchovu.

Poskytování služeb zákonným zástupcům nezletilého klienta či jiným osobám odpovědným za výchovu probíhá zejména jako preventivně výchovné poradenství, terapeutické činnosti a účast rodin na programech střediska.

➤ Preventivně výchovné poradenství

Preventivně výchovné poradenství je souhrn odborných rad, podnětů a doporučení orientovaných na ozdravení výchovného stylu a výchovných postupů zákonných zástupců nezletilého klienta, odstranění nedostatků v oblasti výchovných nároků, kontroly a uplatňovaných sankcí. Konkrétní obsah je odvozován ze speciálně pedagogických a psychologických diagnostických závěrů. Preventivně výchovné poradenství může mít následující formy:

- a) Individuální konzultace pro zákonného zástupce nezletilého klienta zaměřené zejména na řešení aktuálních výchovných nebo vzdělávacích problémů klienta a na odbornou podporu, kterou středisko poskytuje zákonnému zástupci při sestavování a realizaci individuálního výchovného plánu.
- b) Společné konzultace pro zákonné zástupce nezletilého klienta, které představují poradenskou službu poskytovanou současně oběma rodičům (nebo partnerům vychovávajícím dítě) zaměřenou na rozpoznání, pojmenování a společné řešení aktuálních výchovných problémů, případně odbornou podporu rodičů při výběru vhodných výchovných postupů v průběhu realizace individuálního výchovného plánu.
- c) Skupinové konzultace pro více rodin zaměřující se na optimalizaci výchovné strategie zákonných zástupců nezletilých klientů. Konzultace probíhají formou setkávání rodičů a výměny zkušeností při řešení konkrétních výchovných problémů za podpory pedagogických pracovníků.

➤ *Terapeutické činnosti*

- a) Individuální terapeutická činnost s rodičem vede k vytváření a ovlivňování podmínek pro zdravý vývoj jeho dítěte a je systematickým a soustavným poskytováním psychologické podpory rodičům klienta při řešení výchovných obtíží. Rodič na základě spolupráce s odborníkem vytváří v prostředí rodiny podmínky přispívající k nápravě problémů, zdravému rozvoji osobnosti dítěte a jeho řádnému zapojení do společnosti.
- b) Rodinná terapeutická činnost je v rámci střediska cílené a soustavné působení na členy rodiny při řešení rodinných vztahových obtíží vyvolaných problémy klienta ve vztahu k sobě, k rodičům, škole či referenční skupině, jež se projevují napětím či konflikty s rodinou, vrstevníky, učiteli apod. Cílem této aktivity je dospět společně se členy rodiny k poznání příčin obtíží a vymezení možností řešení problémů.
- c) Rodičovská skupina je forma společné dlouhodobé terapeutické a poradenské činnosti s rodiči více klientů. Rodičovská skupina může vzniknout dle potřeby při ambulantním, celodenním nebo internátním oddělení. Skupinu tvoří rodiče, jejichž děti se staly klienty střediska. Skupina se schází zpravidla jednou za čtrnáct dnů a cílem této skupinové spolupráce je podpora rodičovských kompetencí ze strany pedagogických pracovníků a kultivace vztahů uvnitř rodin.

➤ *Účast rodin na programech střediska*

Součástí preventivně výchovné činnosti střediska mohou být dle místních podmínek víkendová setkání rodičů s dětmi a spolupráce rodičů s pedagogickými pracovníky při přípravě a uskutečňování programů střediska (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 4).

5. Spolupráce se školami.

➤ *Spolupráce na základě podnětu střediska*

Při přijetí klienta do péče si středisko vyžádá od ředitele jeho kmenové školy písemnou zprávu o prospěchu dítěte, jeho zařazení do žakovského kolektivu a diagnostických zjištěních učiněných ve škole. Bez písemného souhlasu zletilého

klienta či zákonného zástupce nezletilého klienta nelze od školy informace o klientovi (žáku školy) vyžadovat.

➤ *Spolupráce na základě podnětu školy*

Na základě podnětu školy poskytuje ambulantní oddělení střediska pedagogickým pracovníkům školy odborné informace z oblasti prevence sociálně patologických jevů, diagnostické a poradenské služby i metodickou pomoc v oblasti výchovy a vzdělávání dětí a žáků s rizikem nebo projevy poruch chování. Dále může středisko pro školu zajišťovat preventivně výchovné činnosti s třídními kolektivy (diagnostiku sociálního klimatu třídy a vztahů mezi žáky v rámci řešení negativních jevů ve školních třídách, cílené speciálně pedagogické programy pro třídní kolektivy při předcházení a řešení problémů šikany, intolerance a diskriminace, zneužívání návykových látek apod.).

➤ *Zpracování speciálně pedagogického programu pro třídní kolektivy*

Středisko může po dohodě se školou vypracovat a uskutečnit speciálně pedagogický program pro třídní kolektivy při předcházení a řešení sociálně patologických jevů. Realizace tohoto programu má zpravidla tři fáze: diagnostickou, intervenční a hodnotící (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 5).

6. Spolupráce se školskými poradenskými zařízeními.

Pokud jsou u klienta zjištěny speciální vzdělávací potřeby, spolupracuje středisko při zajišťování komplexní péče o klienta s pedagogicko-psychologickou poradnou (PPP) či speciálně pedagogickým centrem (SPC) (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 6).

7. Spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Tato spolupráce zahrnuje poskytování informací, vypracovávání podkladových zpráv a přímou spoluúčast při poradenské a preventivní činnosti (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 7).

8. Spolupráce se zdravotnickými zařízeními a dalšími orgány podílejícími se na prevenci a řešení rizikového chování klientů.

Tato spolupráce zahrnuje zejména vzájemnou informovanost o kompetencích a poskytovaných službách (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. 2, odst. 8).

2 Problematika klientů střediska výchovné péče

Poruchy chování bývají často spojeny s nepříznivým psychosociálním prostředím, sociálním klimatem, socioekonomickou úrovní, disharmonickým rodinným prostředím (nezaměstnanost, rozvod, kriminální a antisociální chování rodičů, rodiny s velkým počtem členů, výchova bez kontroly apod.) včetně selhávání ve škole (Michalová, 2008, s. 58). Poruchy chování tak značně zhoršují školní a pracovní výkonnost a aspiraci (Pešatová, 2007, s. 138). V praxi má řada jedinců s poruchou chování diagnostikovanou poruchu či poruchy učení. Klientelu střediska tak často tvoří jedinci, u nichž se kombinují poruchy chování s poruchami učení a sociálním znevýhodněním.

2.1 Attention Deficit Disorder /Attention Deficit Hyperactivity Disorder

1. Syndrom ADD (Attention Deficit Disorder) zahrnuje poruchu pozornosti.
2. Syndrom ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) zahrnuje poruchu pozornosti s hyperaktivitou.

Vágnerová (2003, str. 71) hodnotí poruchy pozornosti jako častý problém dětského věku, uvádí, že „...*uvedené poruchy pozornosti bývají diagnostikovány již v předškolním věku, nejpozději do 7 let.*“ V české odborné literatuře se často objevuje i termín lehká mozková dysfunkce (LMD) označující přibližně totéž, tj. takto postižené děti mají podobné potíže (nápadný neklid, nesoustředěnost, výkyvy v emocích i v chování). Rozdíl tkví zejména v obsahu pojmů. LMD označuje poruchy s konkrétně vymezenou etiologií, jedná se o drobné organické poškození centrální nervové soustavy. Naopak termíny ADD, resp. ADHD jsou jen popisné, tj. označují odlišnost projevů bez ohledu na jejich příčinu.

Vágnerová dále (2003, s. 71-72) zmiňuje, že se četnost dětí s nějakou poruchou pozornosti pohybuje v rozmezí od 2 do 6 % populace školního věku, současně však dodává, že někteří

autoři uvádějí četnost až 10 %. Výskyt poruch pozornosti je častější u chlapců než u dívek, a to v poměru 5:1 (Vágnerová, 2003, s. 72).

Poruchy pozornosti jsou spjaty zejména s problémy kognitivního charakteru. Mohou však také negativně ovlivnit chování dítěte. Mezi hlavní symptomy ADD a ADHD syndromu patří:

- **Porucha pozornosti** projevující se narušením a opožděním vývoje všech jejích složek, zejména omezenou schopností autoregulace, tj. nedostatečnou kontrolou a ovládáním pozornosti z hlediska její orientace a délky trvání. Důsledkem toho je narušení orientace v dané situaci a neadekvátní reagování. Mezi dílčí poruchy pozornosti patří *slabá koncentrace pozornosti* (lze ji snadno narušit působením vnitřních i vnějších podnětů), *příliš krátká délka soustředění* (neschopnost udržet pozornost po určitou dobu, časté přebíhání od nedokončené aktivity k jiné, nápadná kolísavost pozornosti často bez příčiny, nedostatečná vytrvalost při plnění úloh znemožňující úspěšnost), *příliš malý rozsah pozornosti* (schopnost vnímat pouze malé množství informací, neschopnost se koncentrovat na komplexnější situaci, pozornost někdy věnována jen detailům), *nedostatečná pružnost pozornosti* (neschopnost pozornost přenášet dle potřeby, tendence k ulpívání na určitých podnětech, obtížnější přizpůsobivost změně činnosti), *častá nevýběrovost pozornosti* (neschopnost se orientovat pouze na podstatné znaky, věnování pozornosti všemu, co smysly zachytí).
- **Porucha kognitivních funkcí** zahrnuje neschopnost regulovat příjem podnětů a koordinovat jejich zpracování. Poruchy pozornosti značně ovlivňují paměť a učení.
- **Výkyvy emočního ladění a reagování.** Hyperaktivitu často doprovází emoční nevyrovnanost, dráždivost a labilita, zvýšená tendence k mrzuté náladě a k výkyvům citového ladění. Toto způsobuje časté pocity nepohody, které nelze ovládat. Objevuje se nižší tolerance k zátěži projevující se afektivními reakcemi v situacích vyžadujících nějaké omezení. Vágnerová (2003, s. 75) uvádí, že „syndrom ADD/ADHD bývá někdy posuzován jako porucha motivace. Pro děti trpící poruchou pozornosti je jakákoli činnost, která vyžaduje déleodobé soustředění a vytrvalost, velmi obtížná, a proto mají tendenci se jí vyhýbat.“ Současně

Vágnerová (2003, s. 75) upozorňuje, že toto nelze hodnotit jako projev lajdáctví, nýbrž jako obranou reakci.

- **Nápadnosti v reagování**, kterými jsou **impulzivita a hyperaktivita**. Impulzivita jako deficit v oblasti autoregulace se projevuje zbrklostí a neadekvátností reakcí, neschopností brzdit aktuální impulsy a ovládat své chování. Častá je také neschopnost respektovat pravidla a odhadnout následky svého jednání. Hyperaktivita představuje diferenciálně-diagnostický příznak odlišující syndrom ADD a ADHD. Projevuje se nadměrným nutkáním k pohybu a aktivitě, jež je neúčelná až nesmyslná. Často bývá spojena se zvýšenou unavitelností a podrážděností (Vágnerová, 2003, s. 73-75).

Poruchy pozornosti, především jsou-li spojeny s hyperaktivitou a impulzivitou, bývají značně rušivé, což zvyšuje riziko vzniku negativního postoje k takovému dítěti. Na základě toho bývá častěji hůře akceptováno, odmítáno či přijímáno ambivalentně, častěji je také hodnoceno jako neschopné. Důsledkem je zvýšení rizika vzniku negativního sebehodnocení. Dítě se proti této zátěži potřebuje bránit. Může popírat nepříznivé informace a vytvořit si nereálný, idealizovaný obraz sebe sama. Může se pokoušet zmíněné nedostatky kompenzovat pro něj dostupným způsobem, např. šaškováním, negativismem, upoutáváním pozornosti. Může se u něj objevit bájevá lhavost, někdy zvýšená agresivita. Chování narušující vztahy mezi lidmi přetrvává i v období adolescence, přičemž některé projevy mohou být v tomto období ještě nápadnější, např. impulzivita, prudkost a zbrkllost, a to především proto, že od adolescenta se očekává zralejší projev než od dítěte, takové chování tedy ještě více vynikne. Navíc jsou tyto projevy lidem nepříjemné, jedinec je jimi nadále odmítán a současně nemá možnost uspokojit svou potřebu citového vztahu. Tímto se zvyšuje riziko jeho socializačního selhání, hledání náhradního uspokojení může mít totiž sociálně nežádoucí charakter. U dospívajících s hyperaktivní poruchou se tak setkáváme s vyšším rizikem asociálního chování (Vágnerová, 2003, s. 77-81).

2.2 Poruchy chování

Chování je jedna ze stránek psychické činnosti, jíž se navenek projevuje osobnost člověka. Další stránkou psychické činnosti je také prožívání, jež může být s chováním v souladu i protikladu. V případě protikladu se tyto jevy označují jako účelové tendence, tj. simulace (předstírání), disimulace (zastírání) nebo agravace (zveličování) (Pešatová, 2006, s. 14).

Chování je komplexem projevů zahrnujícím:

- bezděčné a nezamýšlené projevy;
- projevy vyžadující rozhodování a volní úsilí při jejich realizaci (Pešatová, 2006, s. 14).

Chování má sociální dimenzi. Je totiž vyjádřením vnitřního stavu osobnosti a komunikací bezprostředních pocitů a postojů vůči sobě a světu (Pešatová, 2006, s. 14).

Ke změnám chování dochází:

- dle situace;
- pod vlivem prostředí;
- dle subjektivního stavu;
- dle způsobu prožívání určité situace;
- pod vlivem emocí (Pešatová, 2006, s. 14).

Z hlediska sociability chování lze rozlišovat na:

- *sociálně žádoucí chování* podporující sociální vztahy;
- *prosociální chování* jako nejvyšší stupeň chování sociálního;
- *disociální, asociální či antisociální chování*, tj. chování výrazně odlišné od adekvátního a očekávaného chování (Pešatová, 2006, s. 15). Právě tehdy, kdy se chování výrazně liší od přiměřeného a očekávaného chování, hovoříme o poruchách chování (Pešatová, 2007, s. 133).

Vágnerová (2004, s. 779) definuje poruchy chování „...jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen reflektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností.“

Za poruchové chování lze tedy označit takové chování, jímž je opakovaně a dlouhodobě (minimálně po dobu 6 měsíců) porušována sociální norma. Nezbytná je taková rozumová vyspělost jedince, aby u něj byla zaručena schopnost normu chápat intelektově (Michalová, 2008, s. 59).

O pravých poruchách chování hovoříme převážně ve starším školním věku. Souvisí to s rozvojem myšlenkových operací jedince a s rozvojem jeho svědomí. Šestileté dítě sice

chápe normu, předložené pravidlo, ale odpovědnost si musí zvnitřnit (Michalová, 2008, s. 59).

Zkoumáním jedinců s poruchami emocí či chování nebo jedinců s rizikem poruch emocí či chování, jejich edukací a reedukací se zabývá etopedie, jedna z disciplín speciální pedagogiky. V současnosti se její rozsah působnosti rozšiřuje také na prevenci poruchového chování (Vojtová, 2006, s. 353).

Je třeba rozlišovat poruchy chování specifické a nespecifické. Michalová (2007, s. 20) je rozlišuje takto: „*Pod pojmem specifické poruchy chování jsou chápány poruchy vzniklé vlivem působení různých exogenních a endogenních faktorů na podkladě existujícího a prokázaného oslabení nebo změn CNS ve smyslu neurologického postižení, pojem nespecifické rozumíme veškeré poruchy chování, vzniklé z jiných příčin, než poruchy chování charakteru specifického*“. Nespecifické poruchy chování tedy tvoří symptomatologicky podobnou skupinu, chybí zde však organický podklad. V případě nesprávného sociálního působení a vedení jedince se specifickou poruchou chování se tato může stát podkladem pro vznik poruchy nespecifické (Michalová, 2007, s. 21).

Poruchové chování se obecně vymezuje třemi základními znaky:

1. Chování nerespektující společenské normy

Sociální norma se vztahuje ke společnosti jako celku, státu, skupině a je pravidlem či souborem pravidel, jež společnost přijala (Sochůrek, 2009, s. 41).

Jedince neschopného chápat význam norem a hodnot, např. jedince s mentálním postižením, nelze označit za jedince s poruchovým chováním. O poruchu chování jde v případě, kdy jedinec normy chápe, rozumí jim, ale z nějakého důvodu je nepřijímá, např. z důvodu odlišné hierarchie hodnot (Michalová, 2007, s. 18).

Může také nastat případ, kdy se jedinec normami není schopen řídit, neboť v tu danou chvíli či trvale nedokáže ovládat své chování. Má tedy sníženou vlastní schopnost autoregulace a porušení normy zde neprovází pocit viny (Michalová, 2007, s. 18).

2. Neschopnost udržovat přijatelné společenské vztahy

Nedostatek empatie, značná orientace na sebe včetně neodkladného uspokojování vlastních potřeb činí sociální chování neadekvátním. Přizpůsobit se normě v zájmu zachování pořádku je pro jedince s poruchou chování nepochopitelné, stejně tak není ochoten se angažovat ve prospěch druhého bez naděje na prospěch vlastní. Jde většinou o jedince,

jež z nezažitého pozitivního emočního vztahu porušují práva druhých a jsou vůči nim bezohlední, nepřijímají společenské normy (Michalová, 2007, s. 18-19).

3. Agresivita jako rys osobnosti či chování

Agresivita jako násilný způsob chování představuje typický způsob reagování jedinců s poruchami chování (Michalová, 2007, s. 19).

Mezi příznaky poruch chování dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) patří:

- Agrese k lidem:
 - častá šikana, vyhrožování či zastrašování druhých;
 - vyvolávání bitek;
 - nadměrné rvačky;
 - jako zbraně jsou užity předměty, jež mohou druhé těžce poranit (např. cihly, nože, rozbité lahve);
 - projevy fyzické agrese a hrubosti vůči lidem;
 - střety s obětí při krádežích (např. loupežné přepadení);
 - vydírání;
 - vynucování si sexuální aktivity.
- Agrese vůči zvířatům:
 - projevy fyzické agrese a hrubosti vůči zvířatům.
- Destrukce majetku a vlastnictví:
 - zakládání ohně se záměrem vážného poškození;
 - závažné ničení majetku druhých.
- Nepoctivost či krádeže:
 - vloupávání se do domů, budov, aut;
 - opakované lhaní k získání prospěchu, příp. vyhnutí se závazkům, povinnostem;
 - krádeže bez střetnutí s obětí;

- padělání peněz, listin apod.
- Vážné násilné porušování pravidel před třináctým rokem:
 - opakované opouštění domova v noci i přes zákazy rodičů;
 - útěky z domova (minimálně dvakrát), toulky;
 - opakované záškoláctví;
 - velmi časté a intenzivní výbuchy zlosti;
 - vzdorovité a provokativní chování;
 - trvalá silná neposlušnost (Pešatová, 2007, s. 135-136).

Slowik (2007, s. 136) uvádí i další projevy poruch chování u dětí a dospívajících:

- Patologické závislosti:
 - drogová závislost;
 - závislost na alkoholu;
 - nikotinismus;
 - gamblerství;
 - závislost na kultech či sektách aj.
- Sexuální deviace.
- Suicidální jednání.

2.2.1 Vybrané klasifikace a specifikace jednotlivých poruch chování

Odborná literatura nabízí celou řadu klasifikací poruch chování. Zde jsou uvedeny dvě, a to klasifikace dle stupně sociální závažnosti chování a klasifikace, která poruchy chování rozlišuje na poruchy chování symptomatické, vývojové a výchovně podmíněné.

❖ Klasifikace dle stupně sociální závažnosti chování

Dle stupně závažnosti chování a porušení sociálních pravidel rozlišuje Michalová (2008, s. 60-61) chování disociální, asociální, antisociální, Pešatová (2007, s. 142-143) zmiňuje ještě chování psychopatologicky podmíněné.

- *Disociální chování* se vyskytuje zejména u dětí mladšího školního věku. Charakterizuje jej drobné porušení normy, jež odpovídá nesociálnímu, neadekvátnímu chování. Je časté v rodině a školní výchově a zahrnuje např. neposlušnost, vzdorovitost, negativismus či lži. Michalová upozorňuje, že je termín disociální někdy zaměňován s asociálním (Michalová, 2008, s. 60).
- *Asociální chování* se vyskytuje u starších dětí a bývá v rozporu s morálkou společnosti. Jde o chování nespolečenské, jež ale nepřekračuje právní předpisy a nedosahuje úrovně ničení společenských hodnot. Příkladem tohoto chování je záškoláctví, útěky, tabakismus, závislosti (Michalová, 2008, s. 60-61).
- *Antisociální chování* se vyskytuje u starších dětí a mládeže (Michalová, 2008, s. 61). Jedná se o uvědomované protispolečenské chování kriminálního charakteru, jež směřuje k úmyslnému poškození společnosti (Pešatová, 2006, s. 31). Michalová (2008, s. 61) uvádí několik příkladů takového chování, jsou jimi krádeže, loupeže, vandalství, vraždy.
- *Chování podmíněné psychopatologicky* zahrnuje např. sexuální aberace či dromománii (chorobnou útekost).

❖ **Poruchy chování symptomatické, vývojové a výchovně podmíněné**

Tato klasifikace vychází z psychiatrické literatury, osvětluje změny a poruchy chování v širším kontextu a časově předcházela Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) u nás.

- *Symptomatické poruchy chování* jsou součástí psychických poruch. Bývají motivačně nejisté či složitě motivované nebo mají iracionální pohnutky, příčiny. Každá psychická porucha se projeví změnou chování, případně jeho poruchou. Takové odchylky chování je nezbytné posuzovat v rámci dané psychické poruchy, nikoli separovaně.
- *Vývojové poruchy chování*. Poruchy chování v dětském věku mohou mít vývojový, tj. přechodný charakter. Vývojové poruchy chování představují součást jednotlivých vývojových etap (např. negativismus, období vzdoru v předškolním věku či pubertě) a lze je tedy očekávat u každého dítěte. Jejich zvládnutí tvoří předpoklad dalšího zdravého vývoje osobnosti jedince.
- *Výchovně podmíněné poruchy chování* vycházejí z nevhodných výchovných postupů a z nedostatečného výchovného působení v rodině i širším sociálním

prostředí. Výchovně podmíněné poruchy chování mnohdy bývají jen důsledkem fixace nesprávně zvládnutých vývojových poruch chování (Pešatová, 2007, s. 144-146).

V současné době jsou poruchy chování klasifikovány dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (viz Příloha č. 1).

Specifikace jednotlivých poruch chování:

- **Dětská neposlušnost a nekázeň**

Kolem třetího roku věku a v období puberty může být neposlušnost fyziologická.

Typické projevy dětské neposlušnosti a nekázně:

- neplnění pokynů pedagogů i rodičů, nerespektování opakovaných výzev a norem;
- prosazování vlastních, výchovně nežádoucích záměrů;
- dítě užívá obranné mechanismy (útok nebo únik);
- může se vyvinout v negativismus nebo vzdorovitost;
- příčinou může být nevhodný školní režim nebo nedostatečná motivace žáka, vliv má i rodinná výchova (Michalová, 2008, s. 61).

- **Vzdorovitost**

Vzdorovitost je forma vystupňované neposlušnosti, aktivní odpírání podřídit se výchovným požadavkům. Mezi příčinu mohou patřit nadměrné zákazy, příkazy, perfekcionista výchova nebo rostoucí požadavky dítěte.

Typické projevy vzdorovitosti:

- odpor k výchovnému snažení a vůbec vůči autoritě;
- řešení konfliktu prostřednictvím obranných mechanismů (pasivita, negativismus nebo agrese) (Michalová, 2008, s. 61).

- **Negativismus**

Negativismus je počátečním projevem nezralé vůle dítěte, představuje experimenty s vůlí a často se objevuje u dětí ve vývojových krizích.

Typické projevy:

- uvědomování si vlastního „já“ bez schopnosti autokorekce;
- úmyslně protikladné chování vzhledem k požadavkům a očekávání autority (Michalová, 2008, s. 61).

- **Lhaní**

Lhaní je jedním ze způsobů úniku z osobně nepříjemné situace, kterou dítě nedokáže jinak vyřešit (Vágnerová, 2004, s. 793). Dítě školního věku je již schopno rozlišit pravdu od lži, ví, že lhát se nemá a umí rozlišit omyl od vědomého záměru a vzpomínku od vlastní fantazie. Dětskou lež hodnotíme dle několika kritérií: dle frekvence (tj. dle častosti), dle výběru osob, jimž lže, dle specifčnosti situací, v nichž zpravidla lže, a především dle účelu, jenž dítě vedl ke lži (Michalová, 2008, s. 61). Lži a podvádění autorit je v rámci vrstevnických norem tolerováno a hodnoceno jako přijatelné. Děti středního (nebo staršího) školního věku jsou vnímány za nezbytnou obranu v situaci ohrožení (Vágnerová, 2004, s. 793).

Typické projevy:

- *Pravá lež* je typická úmyslem a vědomím nepravdivosti, tj. dítě ví, že nemluví pravdu. Jedná se o obranný mechanismus, jehož prostřednictvím se dítě pokouší vyhnout problémům či získat nějakou výhodu.
- *Konfabulace* je smyšlenka, a protože v tomto případě chybí základní podmínka lži, tj. úmysl, není poruchou chování. Charakteristická je neschopnost dítěte odlišovat realitu od vzpomínek a fantazijní představy od skutečnosti.
- *Báživá lhavost* saturuje alespoň na symbolické úrovni potřeby, jež aktuálně není možné jinak uspokojit. Dítě si tedy vymýšlí nepravdivé příběhy, v nichž sehrává atraktivní roli, čímž si kompenzuje nedostatky v saturování psychických potřeb. Ani v tomto případě se nejedná o poruchu chování (Michalová, 2008, s. 62).
- *Patologická lhavost* představuje jeden z příznaků disociální poruchy osobnosti. Pro jedince s touto poruchou je charakteristická tendence řešit potíže pomocí lhaní a podvádění (Vágnerová, 2004, s. 793).

- **Záškoláctví, útky a toulání**

Obecným znakem záškoláctví, útků a toulání je tendence odněkud utíkat. Útek je jedna z možností obranného, únikového chování. Dítě utíká z ohrožujícího či jinak nepřijatelného prostředí. Útek dítěte z domova signalizuje nefungování rodiny jako zdroje jistoty a bezpečí a selhávání její funkce. Dítě se uchyluje k útku, protože nedokáže situaci zvládnout vhodnějším, adaptačně zralejším způsobem. Existuje několik variant útkového chování, jež má odlišný projev i různé motivace. Vágnerová uvádí záškoláctví jako častý projev, jenž v českých školách představoval 19,2 % všech přestupků, naopak útky a toulání tvoří jen malou část, a to 1,4 % (Vágnerová, 2004, s. 793,795).

- *Záškoláctví* bývá spojeno s negativním postojem vůči škole, s nepřijetím normy pozitivního hodnocení vzdělání. Může však představovat také reakci na prospěchové selhání. Někdy je možné jej charakterizovat jako komplex obranného jednání s cílem vyhnout se nepříjemnosti dané buď konfrontací neúspěšného dítěte s úspěšnějšími spolužáky či požadavky pedagoga na práci dítěte. Při hodnocení záškoláctví je nezbytné zjistit jeho příčinu a postoj dítěte ke škole. Hlavním faktorem je četnost, míra plánovitosti a způsob provedení (Vágnerová, 2004, s. 794).

Švobodová (2010, s. 17) upozorňuje na fakt, že problematika záškoláctví je trochu podceňovaná a společensky tolerovaná. Ač se však jeho důsledky nemusí zdát natolik závažné, je mylné se domnívat, že jejich dopad takový není. Zdaleka nejde jen o zameškání vyučovacích hodin, následkem dlouhodobé, případně krátkodobé, ale opakované absence je nejen ztráta poslušnosti a kontaktu s učivem, ale promítá se i do sociální oblasti (narušují se vztahy se spolužáky, učiteli, prostředím školy) a významně ovlivňuje osobnost dítěte (např. ztráta disciplíny, narušení morálního hodnotového systému a vztahu k povinnosti, útek před překážkami).

Ch. Kyriacou (2005, s. 45) vymezuje 5 hlavních kategorií záškoláctví:

- *Pravé záškoláctví* – dítě chodí za školu, ale rodiče si myslí, že do ní chodí.
- *Záškoláctví s vědomím rodičů* – dítě nechodí do školy, rodiče jsou o tom informováni a současně vědí, že k tomu není žádný oprávněný důvod.
- *Záškoláctví s klamáním rodičů* – dítě přesvědčí rodiče, že je mu tak špatně, že nemůže jít do školy, přestože se cítí dobře.

- *Útěky ze školy („interní záškoláctví“)* – žák do školy chodí, ale během dne na hodinu či dvě odejde, někdy může zůstat v prostorách školy.
 - *Odmítání školy* – představa školní docházky vyvolává u žáka obavy či jiné, závažnější psychické obtíže.
- *Reaktivní, impulzivní útěky* představují zkratkovou reakci na nezvládnutou situaci doma či ve škole. Jedná se o signál zoufalství nebo varování, ač dítě se zpravidla chce domů vrátit. Takovýto útěk může být ojedinělý (Vágnerová, 2004, s. 794).
 - *Chronické útěky* jsou opakované, mnohdy plánované a připravované a plynou zpravidla z potíží dlouhodobého charakteru. Někdy mají přesný cíl a dítě se obvykle vrátit nechce. K těmto útěkům se uchylují děti z narušených a nefunkčních rodin, jež postrádají zázemí, někdy jsou využívány a týrány. U dětí z dětského domova a především z diagnostického nebo výchovného ústavu je útěk reakcí na pocit omezení svobody nebo odtržení z prostředí, jež je dítěti zázemím (Vágnerová, 2004, s. 794).
 - *Toulání* je dlouhotrvající opuštění domova zpravidla navazující na útěky. Jedná se o výraz nedostatečné citové vazby k lidem a dysfunkčnímu prostředí. K této variantě řešení životní situace se uchylují spíše starší jedinci (mladší děti by se o sebe nebyly schopné postarat), kteří navíc často kradou a prostituují nebo bývají k těmto účelům zneužíváni. Pojí se s tím i vyšší pravděpodobnost užívání drog či alkoholu (Vágnerová, 2004, s. 794-795). Vágnerová (2004, s. 795) zmiňuje, že „...u dospívajících je navíc zvýšené riziko, že se pro ně toulavý způsob života stane návykem, že nebudou schopni přijmout omezení dané povinnostmi stabilního zaměstnání a postupně skončí jako bezdomovci“.

• **Krádeže**

Krádež je porušením normy respektu k vlastnictví jiné osoby, omezením jednoho z práv člověka či společnosti. Krádež je charakteristická záměrností tohoto jednání a při hodnocení její závažnosti se kromě právě záměrnosti posuzuje ještě stupeň rozumové vyspělosti dítěte, tj. zda je schopno chápat pojem vlastnictví a akceptovat normu chování vymezující odlišný vztah k vlastním a cizím věcem (Vágnerová, 2004, s. 795). Dalšími významnými kritérii při posuzování významu krádeže jako signálu narušení osobnosti dítěte je způsob jejího provedení, místo, cíl a frekvence (Michalová, 2008, s. 62). Dle Lazarové (1998, s. 34) je důležitým ukazatelem i hodnota ukradených věcí. Krádež může

být spojena s projevy násilí, a to v případě přepadení a loupeže. Názor na krádež se může lišit vlivem hodnotového systému určité společenské vrstvy či etnika. Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 795), frekvence krádeží se značně zvyšuje po 12. roce věku.

Typy krádeží:

- *Neplánované, příležitostné krádeže* především u mladších dětí jsou impulzivní reakcí, nezvládnutím aktuální potřeby vlastnit nějakou věc, která se jim líbí, aniž by o svém činu předem přemýšlely (Vágnerová, 2004, s. 795). Dalšími příčinami, které zmiňuje Michalová (2008, s. 62), mohou být také nedostatečné výchovné vedení, nezralost dítěte nebo drobné poškození mozku.
- *Plánované, předem promyšlené krádeže* jsou závažnějším projevem poruchy socializace vyskytující se zpravidla až ve starším školním věku a jejich prognóza je tím nepříznivější, čím dříve se vyskytnou. Tento typ krádeží je často spjat s dalšími projevy poruchového chování. Za nejzávažnější jsou považovány opakované krádeže páchané v partě, kdy se zloději dostává podpory ostatních jejích členů, a tak krádež nepovažuje za významnější porušení norem (Vágnerová, 2004, s. 795).
- *Kleptomanie* je forma impulsivních, nesmyslných krádeží, kdy se jedinec zpravidla snaží lupu zbavit a není schopen vysvětlit motiv svého jednání. Tato zvláštní forma krádeže je u nezletilých jedinců vzácná (Lazarová, 1998, s. 35) a nepovažuje se za poruchu chování porušující normy společnosti (Michalová, 2008, s. 62).

Michalová (2008, s. 63) a Vágnerová (2004, s. 796-797) uvádějí tři shodné typy cílů a motivace krádeže:

- *Dítě krade pro sebe* a základem je potřeba získat něco, co nelze získat jiným, sociálně přijatelnějším způsobem nebo dítě nezná jiný způsob saturace svých potřeb. Vzácně se může jednat také o nouzové uspokojení základních potřeb, a to v případě selhání rodiny v citovém a materiálním zabezpečení dítěte.
- *Dítě krade pro druhé*. Tyto krádeže jsou zapříčiněny neuspokojením potřeby být akceptován a dosáhnout vyšší prestiže. Ke krádežím dochází mimo teritorium dané skupiny. Dítě k nim může být i přinuceno, např. šikanou.
- *Dítě krade s partou či pro partu*, kdy jsou krádeže dány normami party, pro kterou představují žádoucí či dokonce povinnou aktivitu.

Vágnerová zmiňuje (2004, s. 797) ještě čtvrtou možnost:

- *Dítě krade, aby demonstrovalo své kompetence*, jde tedy o projev konformity k vrstevnickým normám, potřebu vyrovnat se ostatním a získat ve skupině přijatelnou sociální prestiž.

- **Vandalismus**

Vandalismus je zvláštní formou agresivního chování, jde o vášnivé pustošení, ničení přírody, kulturních a společenských objektů. Většinou se jedná o samoučelné vybití zloby, přičemž objekt ničení bývá zvolen někdy zcela záměrně, někdy náhodně nebo formou impulzivního rozhodnutí. Vandalismus je jevem typickým zejména u adolescentů – chlapců, dívky se jej dopouští jen zcela výjimečně. Výrazně se na něm podílejí party, někdy je výsledkem řádění davu. Motivací je radost z ničení, seberealizace a nejčastěji získání pozice nebo obdivu ve skupině. Stejně tak jí ale bývá i revolta vůči společnosti, jejím symbolům a hodnotám či msta, závist, zloba (Sochůrek, 2009, s. 83). Sochůrek (2009, s. 84) zmiňuje Zimbardovu definici vandalismu jako projevu potřeby sebepotvrzování u individuí, jež se nacházejí v situaci sociálních outsiderů a jež touží na sebe upozornit.

Typy vandalismu dle Zimbarda:

- *Hrabivý vandalismus*, např. rozbíjení automatu s cílem získat vhozené mince, ale i znemožnit výběr poplatků jako určitá msta společnosti.
- *Taktický vandalismus* má za cíl upoutání pozornosti.
- *Ideologický vandalismus* má za cíl upozornit na vlastní postoje či požadavky, např. ničení, hanobení hřbitovů.
- *Mstivý vandalismus* má podobu odplaty za skutečnou či domnělou křivdu.
- *Hravý vandalismus* může mít podobu sázky, např. o to, kdo rozbije více oken.
- *Zlostný vandalismus* je výrazem zloby či závesti, příkladem je poničení drahých aut (Sochůrek, 2009, s. 84).

- **Šikana**

Vágnerová (2004, s. 798) šikanu charakterizuje jako „...*násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit*“. Kyriacou (2005, s. 26-27) jako „...*trvalé agresivní jednání jednoho žáka vůči druhému s úmyslem způsobit oběti utrpení*“. Dle něj je jádrem šikany

dlouhodobé a opakované týrání, které musíme být schopni odlišit od jednorázových projevů hrubého a agresivního chování. Z obou definicí je tedy zřejmé, že se jedná o závažnou agresivní poruchu chování, je projevem zneužití postavení a moci, jíž jedinec ve skupině nějakým způsobem získal. Riziko jejího vzniku stoupá v případě již dříve zřejmých tendencí či návyku jednat agresivně či v případě neznalosti nebo neovládání jiného způsobu prosazení se. Šikana má s věkem se zvyšující tendenci (Vágnerová, 2004, s. 798).

Projevy šikanování dle Koláře (2005, s. 32):

- přímé a nepřímé;
- fyzické a verbální;
- aktivní a pasivní.

Kombinacemi těchto tří dimenzí vznikne dle Koláře (2005, s. 32) 8 typů šikanování:

- *Fyzické přímé aktivní* (např. útočníci oběť škrtí, fackují, kopou).
- *Fyzické aktivní nepřímé* (např. agresor pošle své stoupence zmlátit oběť).
- *Fyzické pasivní přímé* (např. agresor fyzicky brání oběti sednout si do lavice).
- *Fyzicky pasivní nepřímé* (např. agresor odmítne oběť na její požádání pustit ze třídy).
- *Verbální aktivní přímé* (např. nadávání, urážení, zesměšňování).
- *Verbální aktivní nepřímé* (např. rozšiřování pomluv, tzv. symbolická agrese vyjádřená v kresbách, básních apod.).
- *Verbální pasivní přímé* (např. neodpovídání na pozdrav, otázky aj.).
- *Verbální pasivní nepřímé* (např. spolužáci se nezastanou oběti, pokud je nespravedlivě obviněna z činů svých trýznitelů).

Vágnerová (2004, s. 801) uvádí rozlišení D. Olwea na šikanu skrytou (ostrakizace projevující se jen sociální izolací oběti ze skupiny) a zjevnou, která může mít následující podobu:

- *Fyzické násilí a ponižování* (např. strkání, bití).
- *Psychické ponižování a vydírání* (např. nucení ke svlékání, posluze, nadávání).
- *Destruktivní aktivity zaměřené na majetek oběti* (např. braní a ničení věcí).

Jednotlivé projevy šikany jsou dle Vágnerové (2004, s. 801) závislé i na míře nutné aktivity oběti. Její vynucené chování má podobu pasivního snášení ponižujícího jednání ostatních nebo se projeví nedobrovolnou aktivitou ve prospěch agresora.

Národní informační centrum pro mládež uvádí, že šikana může mít také formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Za určitých okolností může šikana přerůst až do forem skupinové trestné činnosti a v některých závažných případech nabýt i rysy organizovaného zločinu (icm.cz, šikana – charakteristika).

Agresor šikany

Agresor zpravidla bývá fyzicky zdatný a silný, neukázněný jedinec, necitlivý, bezohledný s nedostatečně vyvinutým svědomím a potřebou se předvádět a dokazovat svou převahu nad ostatními. Zpravidla se projevuje agresivně již od raného věku a necítí vinu za své chování. Jeho pohotovost k agresivnímu jednání je posilována také zkušeností z rodiny (Vágnerová, 2000, s. 90-91).

Kolář (1997, s. 55-56) rozlišuje tři typy agresorů:

- *První typ* je hrubý, primitivní, impulsivní, s kázeňskými problémy, někdy zapojený do gangů páchajících trestnou činností. Šikanuje tvrdě, nelítostně s cílem zastrašit ostatní. S agresí a brutalitou se často setkává u rodičů.
- *Druhý typ* je velmi slušný, kultivovaný, narcisticky šlechtěný, zvýšeně úzkostný, někdy se sadistickými sklony v sexuálním smyslu. Jeho násilí a mučení je cílené, rafinované a spíše skryté. Výchovný přístup jeho rodičů je často důsledný a náročný, někdy má podobu až vojenského drilu bez lásky.
- *Třetí typ* je „srandista“, optimistický, výmluvný se značnou sebedůvěrou, často oblíbený a vlivný. Šikanuje, aby pobavil sebe i druhé. V obecnější rovině je zde přítomna citová subdeprivace a v rodině absence duchovních a mravních hodnot.

Oběť šikany

V otázce oběti šikany Kolář (2005, s. 87) uvádí, že „...postihnout, jak vypadá oběť šikanování, je poněkud obtížnější než zachycení charakteristiky agresora. Téměř každá skupina si najde nějakou menší oběť a kritéria jsou velmi rozmanitá. Někdy není důležité, jaká oběť vlastně je, výběr je naprosto nahodilý. **Při troše smůly se může obětí stát kterékoli dítě.** Přesto na školách existují 'typické' oběti, které jsou opakovaně týrané.

V žádném případě to nejsou defektní jedinci. Jsou to pouze 'nejslabší ze slabých'.“ Pro praktické potřeby prevence rozlišuje Kolář (2005, s. 89) následující typy obětí:

- *Oběti „slabé“ s tělesným a psychickým handicapem.*
- *Oběti „silné“ a nahodilé.*
- *Oběti „deviantní“ a nekonformní.*
- *Šikanovaní žáci s celoživotním scénářem obětí.*

Z hlediska psychických vlastností bývají typické oběti šikany spíše tiché, plaché, citlivé, sociálně neatraktivní, s nízkým sebevědomím, submisivně se podřizující, viditelně bojácné a zranitelné, zpravidla méně zdatné než agresor, ale nemusejí být vždy fyzicky slabé či mít tělesný handicap. Příkladem tělesného handicapu může být malá fyzická síla, obezita, tělesná neobratnost, nějaká mimořádnost ve vzhledu (Říčan, 1995, s. 37). Důvodem k šikaně může být také příslušnost k nižší sociální vrstvě, rasová nebo etnická odlišnost. Školní prospěch nehraje žádnou roli. I oběť šikany mívá mnohdy obdobnou zkušenost z rodiny (Vágnerová, 2000, s. 91).

- **Agrese a agresivita**

Janský (2004, s. 23) uvádí, že agrese bývá nejčastěji chápána a charakterizována jako fyziologický mechanismus, emoční reakce a projev chování či jednání. Agrese jako fyziologický mechanismus sloužící k přežití jedince i druhu v přirozeném prostředí představuje výsledek fylogenetického vývoje a jako takovou je třeba ji považovat za biologicky nezbytnou součást normálního chování. Je specifickým druhem emoční reakce společné člověku i subhumánním živočichům. Agrese bývá chápána také jako jakákoli forma chování, jehož cílem je poškození, ublížení či zničení jiného subjektu. Specificky lidská agrese bývá popisována jako destruktivní, záměrné jednání s cílem poškodit, zničit nebo ublížit. Pojí se s vysokou mírou agresivity, s častými afekty hněvu, vzteku či pocitem nepřátelství.

Agresivita označuje specifický soubor chování a prožívání. Přestože má vrozený základ, jeho intenzita a forma je individuálním vyjádřením působení psychosociálních vlivů, a to především sociálního učení. Z psychologického hlediska jde již o projev poruchy, kdy se agresivnost stává osobnostním rysem. Agresivita je také chápána jako dispozice k agresivnímu chování (Janský, 2004, s. 23).

2.3 Sociální znevýhodnění

Jak uvádí Lazarová (muni.cz, Školní opatření k profesní orientaci dětí sociálně znevýhodněných a prospěchově slabých, s. 11), přesné vymezení kategorie sociálně znevýhodněných a prospěchově slabých dětí je obtížné. Sociálně znevýhodněnými dětmi mohou dle ní být děti, jejichž rodiče nespolupracují se školou, jsou nezaměstnaní, mají nízké vzdělání, neumějí svým dětem poradit a nestarají se o jejich školní práci a budoucnost. V řadě případů může jít i o děti některých etnických minorit.

Slowik (2007, 143) spojuje sociální a sociokulturní znevýhodnění s problémy, kterými jsou:

- Jazyková bariéra.
- Národnostní či rasová odlišnost (např. barva pleti, styl oblékání, kulturní projevy).
- Zdravotní handicap (dítěte, rodičů, jiného člena rodiny).
- Nízký sociální a ekonomický status (např. nezaměstnanost, nízké vzdělání).
- Sociálně patologické prostředí rodiny či komunity.
- Ústavní výchova.

Takto znevýhodnění lidé velmi často podléhají různým formám sociální izolace a diskriminace (rasové, národnostní, politické, kulturní, vztahové a sociální). Z tohoto důvodu mají silnější přirozené sklony setkávat se a komunikovat zejména mezi sebou a vytvářet minoritní subkultury (Slowík, 2007, s. 143).

Je obecně známo, že rodina představuje nejdůležitější sociální faktor, v němž si jedinec utváří vzorce chování. Jak zdůrazňují Fischer a Škoda (2008, s. 131), právě rodina „...se může stát rizikovým faktorem pro rozvoj poruch chování v případě, že se v ní vyskytují různé patologické jevy. Jedná se o problémy spojené s anomální osobností rodičů, kdy se rodiče sami dopouštějí asociálního a antisociálního chování. Velmi významná je otázka dysfunkce rodiny, spojená zejména s problémem psychické deprivace, respektive subdeprivace.“ Dále uvádějí (Fischer a Škoda, 2008, s. 187-188), že na základě zkušeností z praxe lze konstatovat, že patologické jevy v rodinném prostředí představují faktory, jež mají zásadní význam pro rozvoj poruch chování a pro problémy v sociálních vztazích.

Mezi nejvýznamnější aspekty související s vyšší pravděpodobností budoucího negativního chování vývoje jedince náleží:

- Otázka anomálních osobností rodičů, tj. rodiče se sami dopouštějí asociálního a antisociálního chování.
- Otázka afunkce až dysfunkce rodiny spjatá především s problémem psychické deprivace, resp. subdeprivace.
- Otázka úplnosti rodiny, náhradních rodičů, náhradní až ústavní výchovy.
- Problematika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN – Child Abuse and Neglect).

Od počátku 20. století tradovaný vztah mezi příslušností rodiny k určitým sociálním vrstvám a delikventním chováním dětí těchto rodin lze v moderní době potvrdit výzkumnými daty jen pro skupiny ležící na okrajích společnosti. Ještě ve 40. – 50. letech platilo, že zdrcující většina mladých jednajících delikventně pochází z nejchudších a nejméně vzdělaných rodin. Novinku poválečného vývoje představuje výrazné zvyšování kriminality dětí ze středních vrstev. Obzvláště překvapivý je pak nárůst počtu kriminálně jednajících mládeže z vrstev nejvyšších, nejlépe situovaných. Nicméně ve všech šetřeních tohoto faktoru se i nadále jako nejpříznivější živná půda kriminálního chování mládeže ukazují nejnižší sociální vrstvy, vrstvy lidí bez kvalifikace či s kvalifikací nejnižší, vrstvy, ve kterých se objevuje největší chudoba a nevyšší nezaměstnanost (Matoušek, Kroftová, 2003, s. 41). Jandourek (2007, s. 103) rozlišuje dvojí chudobu, a to relativní a absolutní. Relativní chudoba zahrnuje situace, kdy daná společnost vnímá jedince jako znevýhodněného na základě jeho příjmové úrovně. Chudoba absolutní zahrnuje situace, v nichž příjem domácnosti nedosahuje minimální úrovně umožňující sociálně žádoucí fungování.

Vágnerová (2007, s. 50) spojuje sociální znevýhodnění s jedinci s velmi nízkou úrovní vzdělanosti, jež je důsledkem kombinace nižších předpokladů a působení méně podnětného prostředí, v němž tito jedinci žijí a vyrůstají. Právě nepodnětnost tohoto prostředí ovlivňuje socializační rozvoj jedince, který zahrnuje rozvoj návyků, způsobů chování, hodnot a respektovaných norem. Jak uvádí Vágnerová (2007, str. 51): „*Chování takovýchto lidí bývá méně korigováno běžnými normami, často proto, že neměli příležitost si je osvojit a jejich bezprostřední okolí od nich nic podobného nevyžaduje.*“ V dosažení lepšího sociálního postavení a budoucího profesního uplatnění jim brání i nedostatky

potřebných pracovních návyků, které se také neměli kde naučit a proto nechápou, k čemu by jim byly užitečné.

Děti vyrůstající v sociálně znevýhodněném prostředí bývají často vystaveny několika typickým problémům:

- Frustrace základních potřeb (primární, emočních, vztahových aj.).
- Silný bezprostřední vliv sociálně patologických jevů.
- Deviace v hodnotovém systému a etice.
- Absence životních cílů, jistot i společenského zakotvení.
- Přijímání nepřiměřených rolí (deviace v sebepojetí).
- Ztížené podmínky seberealizace a sociální integrace (Slowík, 2007, s. 143).

Problematiku sociálního znevýhodnění definuje také školský zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (§ 16 odst. 4). Pro jeho účely je sociálním znevýhodněním:

- a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení dítěte sociálně patologickými jevy;
- b) nařízená ústavní výchova nad dítětem nebo uložená ochranná výchova dítěti;
- c) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.

3 Systém výchovného poradenství

HadjMousová (2002, s. 5) definuje poradenství obecně jako aplikovanou teoretickou i praktickou disciplínu, jež „...vznikla z potřeby pomáhat lidem v nesnázích a která se zabývá závažnými lidskými problémy.“ Jde o zaměřený řízený proces, v němž poradce provází jedince při řešení aktuálního problému, při hledání a dosahování osobních cílů nebo pro efektivnější využívání vlastních možností. Poradenství lze tedy definovat jako odbornou pomoc lidem v osobních i sociálních problémech s cílem pomoci jim lépe pochopit vlastní životní situaci a vlastní životní úkoly, jež před nimi stojí (HadjMousová, 2002, s. 5).

V České republice existuje systém výchovného poradenství, jenž na základě vyhlášky o poskytování poradenských služeb ve školství zahrnuje školská poradenská zařízení (Pešová, Šamalík, 2006, s. 11). Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zřídilo v roce 1994 Institut pedagogicko-psychologického poradenství jako organizaci s celorepublikovou působností, jež je metodickým pracovištěm pro celý systém výchovného poradenství (Michalová, 2003, s. 5).

Výchovné poradenství představuje propracovanou strukturu poradenských služeb určených zejména dětem a mládeži od 3 do 18 let (do konce školní docházky), ale také jejich rodičům, učitelům a dalším pedagogickým pracovníkům. Klade si za cíl poskytovat podporu a působit k optimalizaci vzdělávacího systému. Poradenská zařízení poskytují odbornou pomoc:

- při řešení osobních problémů žáků;
- při prevenci, zjišťování a řešení potíží a problémů psychického a sociálního vývoje dětí a mládeže během výchovně-vzdělávacího procesu;
- při výběru povolání a profesionální orientaci;
- při prevenci sociálně patologických jevů (HadjMoussová, 2002, s. 25-26).

Tato odborná pomoc zahrnuje diagnostiku, intervenci, konzultace a podávání informací (HadjMoussová, 2002, s. 26).

Instituce systému výchovného poradenství:

- výchovní poradci působící na školách všech stupňů;
- školní psychologové a speciální pedagogové;
- pedagogicko-psychologické poradny;
- speciálně pedagogická centra;
- střediska výchovné péče (HadjMoussová, 2002, s. 26).

Výchovný poradce, školní psycholog a speciální pedagog

Výchovní poradci pracují na všech typech základních, středních, speciálních škol a učilišť. Jsou to pedagogové, kteří by měli mít kromě své aprobace další vzdělání v oboru formou studia dané disciplíny (Michalová, 2003, s. 5). Tito učitelé často představují první poradenský subjekt, na nějž se mohou v případě problémů (prospěchových, kázeňských,

rodinných, zdravotních, vztahových, citových) obrátit ostatní pedagogové, rodiče i samotní žáci a studenti, a proto může výchovný poradce ovlivnit jeho celkové řešení (Novosad, 2000, s. 115). Poskytuje poradenství v oblasti výchovy, vzdělávání, volby profesní orientace žáka. Na škole dále pracují i tzv. školní preventisté, kteří se zabývají prevencí sociálně-patologických jevů v rámci dané školy. Tyto dvě funkce bývají někdy spojeny (Michalová, 2003, s. 5).

Školní speciální pedagogové a školní psychologové se zaměřují na snižování rizika vzniku výchovných a výukových problémů u žáků, na reedukaci a kompenzaci potíží apod. (Michalová, 2003, s. 5).

Pedagogicko-psychologická poradna

Pedagogicko-psychologické poradny (dále jen PPP) poskytují psychologické a speciálně-pedagogické služby dětem a mládeži od 3 let do ukončení středního, resp. vyššího odborného vzdělání, jejich rodičům, učitelům, vychovatelům na všech stupních a typech škol (Michalová, 2003, s. 5). Přímá práce s dětmi a jejich rodiči probíhá především formou individuální péče, ale i formou práce skupinové (IPPP.cz, služby – pedagogicko-psychologická poradna). Těžiště práce PPP spočívá v psychologické péči, poradenství a odborných konzultacích v otázkách osobnostního a vzdělávacího vývoje (Michalová, 2003, s. 5-6), aktivně tedy ovlivňují proces přijímání a upevňování poznatků, postojů a hodnotové orientace (výběr vhodného učebního stylu apod.), poskytují kariérové poradenství, podílejí se na aktivitách v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže, napomáhají při rozvoji pedagogicko-psychologických kompetencí učitelů. Činnost PPP je realizována zejména ambulantně a návštěvami pracovníků ve školách a školských zařízeních. Tým PPP tvoří psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci (IPPP.cz, služby – pedagogicko-psychologická poradna).

Etopedická praxe se zabývá jak edukací jedinců s poruchami chování a emocí, tak prevencí těchto poruch. Cíleně se snaží ovlivňovat nežádoucí edukační situace a vrozené, vývojové či získané poruchy chování a emocí prostřednictvím reedukace, korekce a směřuje k sociálně přijatelné, žádoucí úpravě tohoto chování. Orientuje se také na zlepšení podmínek pro další celkový rozvoj jedince a na odstranění ohrožujících a škodlivých vlivů z jeho okolí (Vojtová, 2006, s. 357-358).

Vojtová (2006, 357-358) rozlišuje tři rámcové fáze etopedické praxe:

1. *Fáze prevence* probíhá zejména ve školách a školských zařízeních hlavního proudu a je zaměřena na tři skupiny dětí, které:

- nemají výraznější problémy v chování – praxe tkví zejména v preventivních aktivitách a opatřeních;
- mají rizikové chování – praxe tkví v preventivních aktivitách a opatřeních, v diagnostice, v poradenské práci;
- mají problémy v chování, poruchy chování a emocí – praxe spočívá v diagnostice a poradenství.

2. *Fáze intervence*, v níž je speciálněpedagogické působení realizováno ve školách a školských zařízeních hlavního proudu, ovšem těžiště je v zařízeních preventivně výchovné péče. V odůvodněných případech se intervence uskutečňuje institucionálně. Intervence je zaměřena na dvě skupiny dětí, které:

- mají rizikové chování;
- mají problémy v chování, poruchy chování a emocí.

Praxe v případě obou skupin dětí spočívá v diagnostice a poradenství, v intervenci a dlouhodobém vedení. Intervenční aktivity se vztahují nejen k těmto dětem, ale i k jejich nejbližšímu sociálnímu okolí. Cílem etopedické intervence je podpora žádoucího způsobu chování, posílení motivace ke školní práci a k seberozvoji.

3. *Fáze rehabilitace (resocializace)*. Speciálněpedagogické působení probíhá v této fázi ve školských zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy, jimiž jsou dle § 2 č. 1 zák. 109/2002 Sb.:

- *Diagnostický ústav* je vstupní diagnostické zařízení, jímž prochází každý jedinec, pokud má být umístěn v kolektivní péči v rámci výkonu ústavní či ochranné výchovy. Jedinci jsou zde přijímáni na základě žádosti zákonných zástupců či rozhodnutí soudu. Komplexní vyšetření prováděné diagnostickým ústavem trvá zpravidla 8 týdnů a na jeho základě jsou poté děti umísťovány do příslušných zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Diagnostické ústavy úkoly diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační, koordinační úkoly. Základní organizační jednotkou v diagnostickém ústavu je výchovná skupina v počtu 4 – 6 dětí.

V praxi jsou diagnostické ústavy členěny nejčastěji na dětský diagnostický ústav (zpravidla koedukované zařízení) a diagnostický ústav pro mládež (nekoedukované zařízení).

- *Dětský domov* je součástí systému školských zařízení pro výkon ústavní výchovy. Jedná se o koedukované zařízení určené dětem s nařízenou ústavní výchovou ve věku od 3 do 18 let (případně do ukončení přípravy na povolání, maximálně však do 26 let), které nemají závažné poruchy chování. Přijímány mohou být i nezletilé matky se svým dítětem. Dětský domov plní především výchovné, vzdělávací a sociální úkoly. Základní organizační jednotkou je zde rodinná skupina tvořená 6 – 8 dětmi. Pobyt v dětském domově může být ukončen na základně soudního rozhodnutí o zrušení ústavní výchovy, dosažením zletilosti či přemístěním dítěte do jiného zařízení.
- *Dětský domov se školou* je určen pro výkon ústavní výchovy a výjimečně výchovy ochranné. Může být koedukovaný a je zřízen pro děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky se závažnými poruchami chování nebo děti, dále pro děti vyžadující pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu léčebně výchovnou péči a pro matky s dětmi nesplňující vzhledem ke svému chování podmínky přijetí do dětského domova.
- Výchovný ústav nekoedukované zařízení určené dětem starším 15 let se závažnými poruchami chování, u kterých byla nařízena ústavní výchova či uložena ochranná výchova. Může zde být umístěno i dítě starší 12 let, pokud má uloženou ústavní či ochrannou výchovu a vzhledem k jeho poruchám v chování jej nelze umístit v dětském domově se školou. Výchovný ústav plní především výchovné, vzdělávací a sociální úkoly. Jeho součástí je škola. Základní organizační jednotkou je výchovná skupina tvořená 5 – 8 dětmi. Pobyt ve výchovném ústavu může být ukončen na základě soudního rozhodnutí či dosažením plnoletosti (Procházková, 2004, s. 380-382).

Objektem zájmu jsou děti s poruchami chování a emocí, u nichž intenzita poruchy neumožňuje realizaci reedukace v přirozeném sociálním prostředí. Působení

spočívá v reedukaci, která navazuje na diagnostiku a poradenství. Diagnostika v této fázi je významná v:

- poznání jedince v jeho osobnostních, edukačních a sociálních souvislostech;
- zpětnovazební funkci pro pedagoga (Vojtová, 2006, s. 357-358).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíl praktické části

Cílem praktické části této bakalářské práce je šetření úspěšnosti dobrovolného diagnostického pobytu v SVP s půlročním a ročním odstupem u dětí (dále již respondentů), jež jej absolvovaly, a to z jejich pohledu a také z pohledu jejich zákonných zástupců a třídních učitelů.

Celý průzkum byl rozdělen na tři hlavní části.

- a) První část průzkumu zahrnovala zmapování zdravotní, rodinné, školní a psychologické anamnézy respondentů, důvodů k jejich umístění do střediska výchovné péče, jejich očekávání a očekávání jejich zákonných zástupců od dobrovolného diagnostického pobytu a způsob ukončení pobytu.
- b) Druhá část průzkumu šetřila úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu respondentů v SVP z jejich pohledu a z pohledu zákonných zástupců a třídního učitele s půlročním odstupem od ukončení pobytu. Tato část mapuje chování respondentů jak v prostředí rodinném, tak školním, jejich schopnost se mu po svém návratu ze SVP znovu přizpůsobit, vliv dlouhodobějšího odloučení na rodinné i vrstevnické vztahy, využití konkrétních doporučení střediska zákonnými zástupci v praxi a zhodnocení úspěšnosti pobytu respondentů s ohledem na jeho přínos jak pro ně, tak pro jejich nejbližší sociální okolí. Průzkum se skládá z dotazníku pro třídního učitele a neformálních polostrukturovaných rozhovorů s respondentem a jeho zákonným zástupcem.
- c) Třetí část průzkumu zjišťuje, zda v průběhu dalších šesti měsíců od prvního šetření, tj. dvanácti měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu, se chování respondentů stabilizovalo či došlo k jeho zhoršení, případně zda se objevily další výchovné obtíže, s nimiž se u nich jejich zákonní zástupci v období před dobrovolným diagnostickým pobytem a krátce po něm nesetkali. Průzkum se skládá z neformálních polostrukturovaných rozhovorů s respondentem, jeho zákonným zástupcem a třídním učitelem.

4.1 Stanovení předpokladů

V rámci průzkumu byly stanoveny následující předpoklady:

- Předpoklad č. 1 Lze předpokládat, že ačkoli se jedná o dobrovolný diagnostický pobyt, většina respondentů s ním není vnitřně ztotožněna.
- Předpoklad č. 2 Lze předpokládat, že většina respondentů absolvuje dobrovolný diagnostický pobyt z důvodu problémů v chování objevujících se jak doma, tak ve škole.
- Předpoklad č. 3 Lze předpokládat, že většina zákonných zástupců respondentů, kteří absolvují dobrovolný diagnostický pobyt v SVP, očekává zmírnění poruch chování.
- Předpoklad č. 4 Lze předpokládat, že většina respondentů, kteří absolvují dobrovolný diagnostický pobyt, jej ukončí řádně.

5 Použité metody

- a) **Obsahová analýza** – jako první byla provedena obsahová analýza, konkrétně analýza osobních dokumentů a spisové dokumentace a analýza školních ukazatelů respondentů, která vedla k vytvoření jejich charakteristiky a obohatila tak průzkum o další cenné informace, jež se velmi významně podílí na jejich dalším vývoji a chování v období po absolvování pobytu (např. o průzkum rodinné, psychologické anamnézy respondenta).
- b) **Dotazník** – tento dotazník byl určen třídním učitelům respondentů. Obsahoval kombinaci otázek otevřených a uzavřených a kladl si za cíl zjistit chování šetřených respondentů ve školním prostředí před dobrovolným diagnostickým pobytem a po něm, jejich schopnost zadaptovat se po absolvování pobytu v SVP zpět na prostředí školy a třídního kolektivu a zhodnocení úspěšnosti pobytu z pohledu pedagoga. Byl využit ve druhé části průzkumu a jeho formulář je uveden v Příloze č. 2.
- c) **Rozhovor** – neformální polostrukturovaný rozhovor s respondenty, jejich zákonnými zástupci ve druhé a třetí části průzkumu, neformální polostrukturovaný rozhovor s třídním učitelem ve třetí části průzkumu. Cílem rozhovorů bylo zjistit vliv dobrovolného diagnostického pobytu v SVP na chování respondentů, jež jej

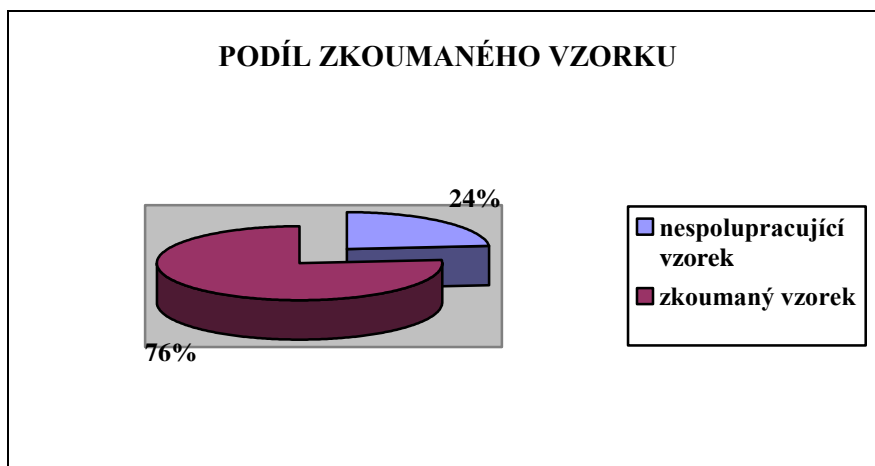
absolvovaly, v prostředí domova i školy, na změnu vztahů mezi respondenty a jejich zákonnými zástupci, mezi respondenty a jejich vrstevníky. Toto vše bylo šetřeno z pohledu respondentů, jejich zákonných zástupců a třídních učitelů. Struktura otázek určených respondentům v rámci šetření po 6 měsících od ukončení pobytu je uvedena v Příloze č. 3 a struktura otázek v rámci šetření po dalších 6 měsících, tj. po 12 měsících od ukončení pobytu, v Příloze č. 5. Struktura otázek určených zákonným zástupcům respondentů v rámci šetření po 6 měsících od ukončení pobytu je uvedena v Příloze č. 4 a struktura otázek v rámci šetření po dalších 6 měsících, tj. po 12 měsících od ukončení pobytu, v Příloze č. 6. V rámci šetření s třídními učiteli v období 12 měsíců od ukončení pobytu respondenta již nebyla vytvořena žádná struktura otázek. Pedagog měl zodpovědět jednu otázku zaměřenou na aktuální stav respondentova chování ve školním prostředí.

6 Popis zkoumaného vzorku

Průzkum byl uskutečněn ve středisku výchovné péče v Severočeském regionu a sledovaným souborem byli respondenti (děti ve věku 9 – 17 let), kteří zde absolvovali dobrovolný diagnostický pobyt v prvním pololetí školního roku 2009/2010. Celkem se jednalo o 17 respondentů. Čtyři respondenti a jejich zákonní zástupci se z různých důvodů, např. nezájmu, složité rodinné situace či negativnímu postoji vůči samotnému středisku, odmítli průzkumu zúčastnit, přičemž tři z těchto respondentů pobyt nedokončili (dva byli vyloučeni ze strany střediska, jeden pobyt ukončil na žádost zákonných zástupců) a jeden jej ukončil ve stanoveném termínu, nikoli však řádně, a to z důvodu záměrného, opakovaného porušování řádu a pravidel střediska. Ostatních 13 respondentů včetně jejich zákonných zástupců a třídních učitelů se výzkumu zúčastnilo.

Dotazník určený třídním učitelům respondentů a struktura otázek, jež byly kladeny respondentům a jejich zákonným zástupcům, jsou uvedeny v Příloze č. 2 – 6.

Graf č. 1 **Podíl zkoumaného vzorku**



Jak bylo již výše zmíněno a posléze graficky znázorněno v grafu č. 1, zkoumaný vzorek tvoří 76 % z celkového souboru (tj. 13 respondentů). Zbývajících 24 % (tj. 4 respondenti) odmítlo svou účast na šetření.

7 Průběh průzkumu

Zahájení průzkumu se odvíjelo od souhlasu zákonných zástupců respondentů s anonymním zpracováním a vyhodnocením jejich anamnestických údajů a dat získaných z rozhovorů s nimi včetně kontaktování třídního učitele.

První část průzkumu, tj. obsahovou analýzu, byla provedena z celého průzkumu nejdříve.

Předmětem analýzy bylo zjištění:

- ✓ pohlaví respondentů;
- ✓ věku respondentů;
- ✓ struktury rodiny respondentů;
- ✓ vzdělání rodičů respondentů;
- ✓ předchozí intervence;
- ✓ psychologické anamnézy respondentů;
- ✓ důvodů k přijetí k dobrovolnému diagnostickému pobytu v SVP;
- ✓ očekávání respondentů od pobytu;
- ✓ očekávání zákonných zástupců od pobytu;

- ✓ motivovanosti respondentů k pobytu před jeho zahájením;
- ✓ motivovanosti respondentů v průběhu pobytu;
- ✓ způsobu ukončení pobytu.

Další část průzkumu, tj. vytvoření dotazníku a jejich rozeslání třídním učitelům a uskutečnění rozhovorů s respondenty a jejich zákonnými zástupci, byla provedena v časovém rozmezí duben – srpen 2010. Čtyři z nich však ukončili pobyt v průběhu února 2010 a šetření jejich výsledků ve školním prostředí proběhlo z důvodu ukončení školního roku 2009/2010 o dva měsíce dříve, tj. čtyři měsíce od ukončení pobytu.

Předmětem šetření s respondenty bylo zjištění:

- ✓ existence pozitivních změn v jejich chování a jednání po absolvování dobrovolného diagnostického pobytu v SVP z jejich pohledu;
- ✓ schopnosti respondenta znovu se přizpůsobit domácímu režimu a atmosféře po návratu ze SVP;
- ✓ existence změn domácího režimu, pravidel, přístupu zákonných zástupců z pohledu respondenta;
- ✓ schopnosti adaptace respondenta školnímu prostředí a režimu po návratu ze SVP;
- ✓ přijetí respondenta spolužáky;
- ✓ existence a charakteru změn ve vztahu se zákonnými zástupci po návratu ze SVP;
- ✓ přínosu pobytu pro respondenta;
- ✓ úspěšnosti pobytu z pohledu respondenta.

Předmětem šetření se zákonnými zástupci respondentů bylo zjištění:

- ✓ existence pozitivních změn v chování a jednání respondenta po absolvování dobrovolného diagnostického pobytu v SVP z pohledu jeho zákonného zástupce;
- ✓ schopnost adaptace respondenta na domácí režim a atmosféru po jeho návratu ze SVP;
- ✓ schopnost adaptace respondenta na školní prostředí a režim po jeho návratu ze SVP;
- ✓ přínosu pobytu pro zákonného zástupce respondenta;

- ✓ existence změn ve vztahu s respondentem po jeho návratu ze SVP;
- ✓ využití doporučení odborníků střediska zákonnými zástupci v praxi;
- ✓ úspěšnosti dobrovolného diagnostického pobytu respondenta z pohledu jeho zákonného zástupce.

Předmětem šetření s třídními učiteli respondentů bylo zjištění:

- ✓ existence a charakteru výchovných potíží respondenta ve škole před jeho nástupem na dobrovolný diagnostický pobyt do SVP z pohledu třídního učitele;
- ✓ existence a charakteru změn v chování dítěte po jeho návratu z dobrovolného diagnostického pobytu v SVP;
- ✓ schopnosti respondenta se znovu včlenit do třídního kolektivu, přijetí spolužáky po jeho návratu ze SVP;
- ✓ úspěšnosti dobrovolného diagnostického pobytu respondenta z pohledu třídního učitele;
- ✓ doporučení třídního učitele v rámci další spolupráce.

Poslední část průzkumu byla realizována v měsících listopad 2010 – únor 2011 a byla prováděna formou rozhovorů s respondenty, jejich zákonnými zástupci a třídními učiteli.

Předmětem šetření s respondenty bylo zjištění:

- ✓ přetrvávání pozitivních změn v jejich chování a jednání dosažených v průběhu pobytu z jejich pohledu;
- ✓ aktuálního vztahu se zákonnými zástupci;
- ✓ jejich chování ve škole.

Předmětem šetření se zákonnými zástupci respondentů bylo zjištění:

- ✓ přetrvávání pozitivních změn v chování respondenta, jichž dosáhl během pobytu v SVP, z pohledu zákonných zástupců;
- ✓ existence závažnějších problémů v chování respondenta, jež před pobytem neměl;
- ✓ aktuálního vztahu zákonného zástupce s respondentem;
- ✓ případné spolupráce s nějakým dalším poradenským pracovištěm.

Předmětem šetření s třídními učiteli dětí bylo zjištění:

- ✓ aktuálního chování respondenta ve škole dvanáct měsíců po ukončení pobytu v SVP.

8 Výsledky a jejich interpretace

Jak je již zmíněno výše, průzkum tvořily tři hlavní části. Získaná data byla obsahově poměrně rozsáhlá. Pro přehlednost a snazší orientaci jsou tak jednotlivé části rozděleny do tří samostatných podkapitol. První podkapitola je věnována první části průzkumu, a to obsahové analýz, která umožnila vytvoření charakteristiky respondentů. Druhá podkapitola shrnuje druhou část průzkumu, tedy šetření s respondenty, jejich zákonnými zástupci a třídními učiteli v období šesti měsíců po ukončení dobrovolného diagnostického pobytu. Poslední, třetí podkapitola, mapuje poslední část průzkumu, a to šetření se všemi již jmenovanými v období po 12 měsících od ukončení pobytu.

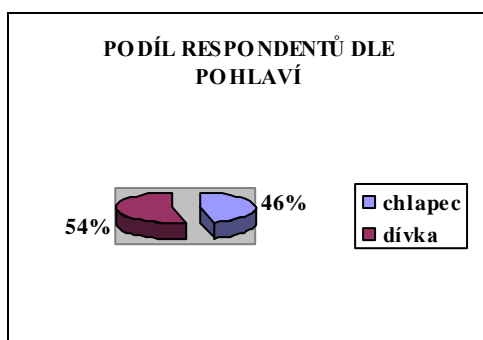
Všechna šetřením získaná data byla zpracována do níže uvedených tabulek. K některým tabulkám je navíc přiřazen graf, který udává procentuální zastoupení jednotlivých položek.

8.1 Charakteristika respondentů

Tabulka č. 1 **Pohlaví respondentů**

POHLAVÍ RESPONDENTŮ		
pohlaví	počet	%
chlapec	6	46 %
dívka	7	54 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 1 **Podíl respondentů dle pohlaví**

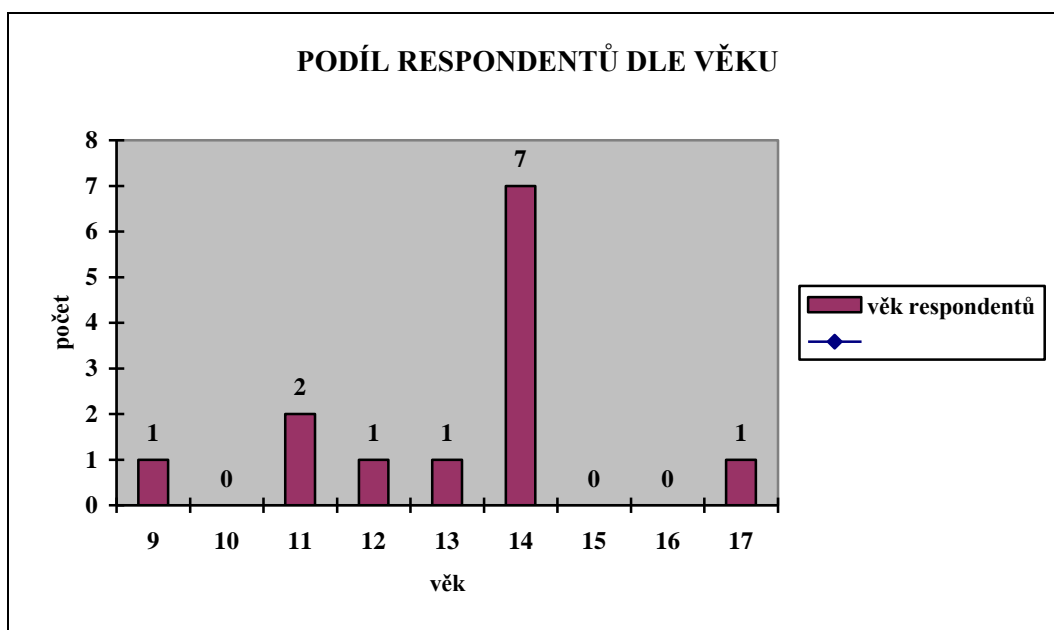


Jak je patrné z tabulky č. 1 a k ní náležejícího grafu, z celkového počtu šetřených respondentů tvoří 54 % dívek a 46 % chlapců, tj. každé pohlaví bylo v tomto vzorku zastoupeno přibližně v podobném počtu. V případě spolupráce se všemi 17 respondenty by bylo rozložení z hlediska pohlaví téměř shodné. Ve středisku, jehož klienti byli respondenty tohoto průzkumu, je kapacita pobytového oddělení 8 lůžek, 5 z nich je určeno chlapcům, zbývajících 3 dívkám. Podíl chlapců je tak většinou větší než podíl dívek, naopak je tomu jen ve zcela výjimečných případech.

Tabulka č. 2 **Věk respondentů**

VĚK RESPONDENTŮ		
věk	počet dětí	%
9	1	8 %
10	0	0 %
11	2	15 %
12	1	8 %
13	1	8 %
14	7	53 %
15	0	0 %
16	0	0 %
17	1	8 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 2 **Podíl respondentů dle věku**

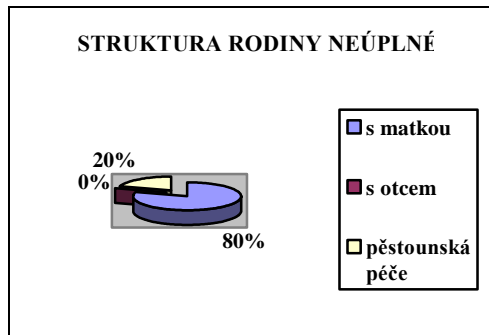
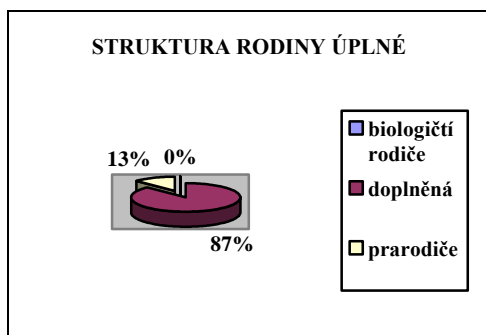
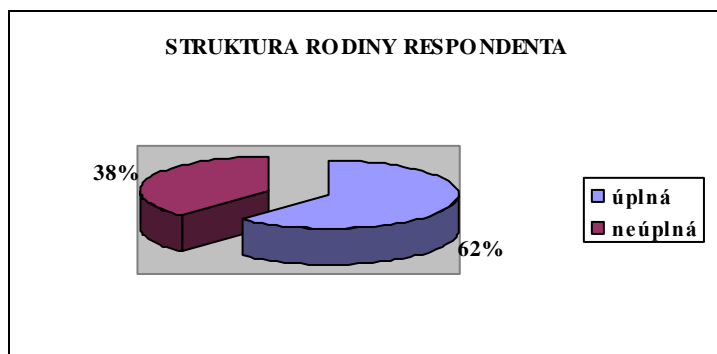


Z výsledků vyplynulo, že v šetřeném vzorku byli nejvíce zastoupeni respondenti ve věku 14 let, kteří představují celých 53 % z jejich celkového počtu. Velký podíl má na tom jistě fakt, že v toto období jedinci začínají preferovat především vrstevnickou skupinu, partu a ve vztahu k dospělým se staví spíše do opozice. 15 % respondentů bylo v době pobytu ve věku 11 let. Jak je zřetelně vidět v grafu k tabulce č. 2, respondenti ve věku 10, 15 a 16 let nejsou v tomto vzorku vůbec zastoupeni. Patrný je rovněž poměrně vysoký věkový rozdíl mezi respondenty. Zastoupení v ostatních věkových kategoriích (9, 12, 13 a 17 let) je stejné a představuje 8 %. Výsledky věkové struktury odpovídají celoroční praxi v SVP, tj. klienti absolvující dobrovolný diagnostický pobyt jsou obvykle ve věku 11 – 15 let.

Tabulka č. 3 **Struktura rodiny respondenta**

STRUKTURA RODINY RESPONDENTA						
typ rodiny	počet	%	typ rodiny s rozbořem	počet	%	procentuální zastoupení k celku
ÚPLNÁ	8	62 %	biologičtí rodiče	0	0 %	0 %
			doplňená (o partnera rodiče)	7	87 %	53 %
			prarodiče	1	13 %	8 %
NEÚPLNÁ	5	38 %	s matkou	4	80 %	31 %
			s otcem	0	0 %	0 %
			pěstounská péče	1	20 %	8 %
celkem	13	100 %		13		100 %

Grafy k tabulce č. 3 **Struktura rodiny respondenta**



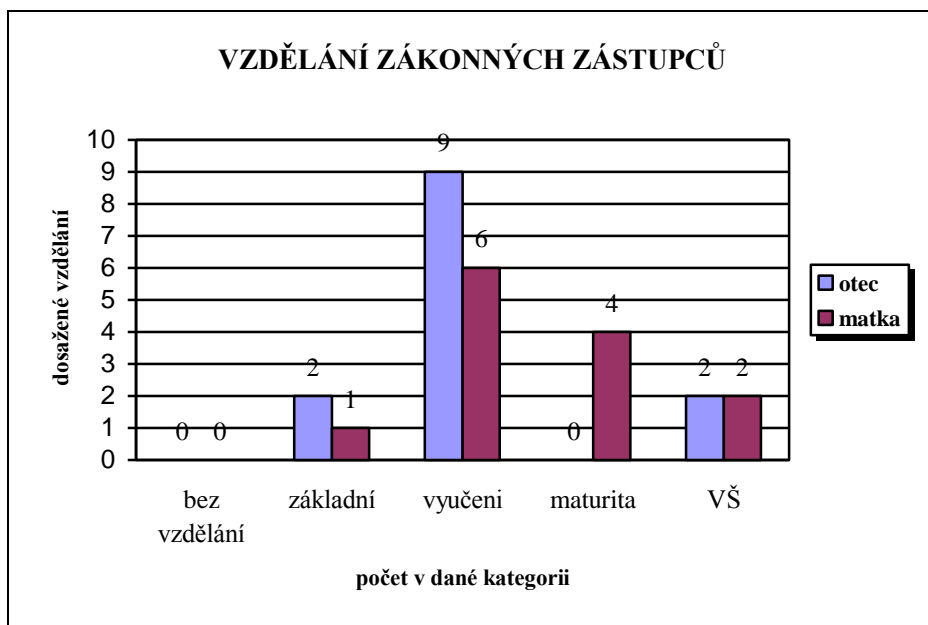
Jak je patrné z tabulky č. 3 a graf, jenž k ní náleží, žádné z dětí nevyrostá v úplné rodině s oběma biologickými rodiči. Převážná většina z nich, celých 53 %, pochází z úplné doplňené rodiny, a všechny tyto děti žijí s biologickou matkou a jejím partnerem

s výjimkou jedné dívky žijící s biologickým otcem a jeho novou ženou. Jedno z dětí bylo svěřeno do péče prarodičů. Děti vyrůstající v neúplné rodině žijí s matkou, žádné z nich s otcem. Jedno z dětí žije v neúplné pěstounské rodině, konkrétně u pěstounky. V praxi žijí klienti střediska jen zcela výjimečně v úplné rodině s oběma biologickými rodiči, což koresponduje s uvedenými výsledky průzkumu.

Tabulka č. 4 **Vzdělání zákonných zástupců respondentů**

VZDĚLÁNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ RESPONDENTŮ				
dosažené vzdělání	matka	%	otec	%
bez vzdělání	0	0 %	0	0 %
základní	1	8 %	2	15 %
vyučení	6	46 %	9	70 %
maturita	4	31 %	0	0 %
VŠ	2	15 %	2	15 %
celkem	13	100 %	13	100 %

Graf k tabulce č. 4 **Vzdělání zákonných zástupců respondentů**



Z tabulky č. 4 a k ní náležejícího grafu je zřetelně patrné, že převážná většina otců respondentů, celých 70 % z nich, bylo vyučených. Žádný z otců nesložil maturitu a 15 % dosáhlo jen základního vzdělání. Naopak u matek získala třetina z nich (31 %) maturitu,

téměř polovina (46 %) byla vyučena a pouhých 8 % ukončilo jen základní vzdělání. Vysokoškolského vzdělání dosáhly dva páry zákonných zástupců (75 % z nich pedagogického a sociálního směru) a v obou případech se jednalo o pěstouny.

Tabulka č. 5 **Předchozí intervence**

PŘEDCHOZÍ INTERVENCE						
PPP	SPC	DPA	DPL	KURÁTOR	počet	%
x					4	30 %
x				x	2	15 %
		x			1	8 %
x		x	x		1	8 %
x		x			2	15 %
x			x		1	8 %
x	x	x		x	1	8 %
x		x		x	1	8 %
12	1	6	2	4		
92 %	8 %	46 %	15 %	31 %		

Zkratky zmíněné v tabulce označují pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP), speciálně pedagogické centrum (SPC), dětskou psychiatrickou ambulanci (DPA) a dětskou psychiatrickou léčebnu (DPL).

Jak vyplývá z tabulky č. 5, všichni respondenti vyhledali před spoluprací se SVP odbornou pomoc. Převážná většina z nich se obrátila hned na několik zařízení. Nejčastějším zařízením, a to v celých 92 %, byla pedagogicko-psychologická poradna a po ní dětská psychiatrická ambulance, jejíž služby využila téměř polovina respondentů (46 %). Nad 31 % respondenty byl stanoven dohled kurátora.

Tabulka č. 6 **Psychologická diagnóza respondentů**

PSYCHOLOGICKÁ DIAGNÓZA RESPONDENTŮ						
SPU	ADD	ADHD	osobnostní a psychické problémy	porucha chování	počet	%
x			x		1	8 %
			x		1	8 %
	x		x		2	15 %
		x	x		2	15 %
x		x			1	8 %
x					2	15 %
	x				1	8 %
x		x	x	x	1	8 %
					2	15 %
5	3	4	7	1		
38 %	23 %	31%	54 %	8 %		

Zkratka **SPU** označuje specifické poruchy učení. Zkratka **ADD** (Attention Deficit Disorder) představuje poruchu/deficit pozornosti a **ADHD** (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) poruchu/deficit pozornosti s hyperaktivitou. **Osobnostní a psychické problémy** dítěte představují diagnostikovanou hostilitu, nižší sociální vyzrálost, nižší schopnost empatie, potíže v sociálních vztazích, neuroticismus, emoční a intelektovou nevyrovnanost, disharmonický osobnostní vývoj, senzitivní rysy osobnosti, strach z nároků.

Jak je patrné z tabulky č. 6, v případě 15 % respondentů nebyla psychologická diagnóza uvedena či nezahrnovala výše uvedené body. U více než poloviny respondentů (54 %) byly diagnostikovány osobnostní a psychické problémy, u třetiny z nich ADHD (31 %), u necelé čtvrtiny (23 %) ADD. Specifické poruchy učení, konkrétně dyslexie, dysgrafie a dysortografie, byly diagnostikovány v případě 38 % respondentů. Diagnóza poruchy chování se objevila jen u 1 respondenta (8 %).

Tabulka č. 7 **Důvody přijetí respondentů k dobrovolnému diagnostickému pobytu do SVP**

DŮVODY PŘIJETÍ RESPONDENTŮ K POBYTU V SVP						
školní problémy	rodinné problémy	zneužívání návykových látek	osobnostní a psychické problémy	asociální činnosti	počet	%
x	x	x	x	x	7	53 %
	x		x	x	1	8 %
x	x		x		4	31 %
x	x	x	x		1	8 %
12	13	8	13	8		
92 %	100 %	62%	100 %	62 %		

Školní problémy zahrnují nerespekt a drzost vůči učitelům, nepřipravování se do školy, hrubé narušování výuky, podvody, záškoláctví, prospěchové problémy, agresivní a vulgární chování. **Rodinnými problémy** jsou myšleny narušené vztahy mezi respondenty a jejich zákonnými zástupci, rozvod a reakce respondenta s ním spojené, nerespektování zákonných zástupců, útky z domova, vulgární a agresivní chování a jednání vůči členům rodiny. **Zneužívání návykových látek** zahrnuje také alkohol a nikotin. **Osobnostní a psychické problémy** představují afektivní jednání, nízkou frustrační toleranci, emoční nevyrovnanost, disharmonický osobnostní vývoj, přecitlivělost a egocentrické zaměření, neuroticismus, poruchy aktivity a pozornosti, sebevražedné tendence, sebepoškozování, nízkou sociální vyzrállost. **Asociálními činnostmi** jsou krádeže v rodině i mimo ni, vandalismus, členství v problémové partě.

Tabulka č. 7 poukazuje na skutečnost, že převážná většina respondentů byla přijata na dobrovolný diagnostický pobyt hned z několika velmi závažných důvodů. U všech respondentů jsou zastoupeny rodinné a osobnostní a psychické problémy a s výjimkou jediného z nich také problémy ve škole. U 53 % respondentů jsou dokonce zastoupeny všechny uvedené problémy současně.

Jak je již patrné z této tabulky, z uskutečněného průzkumu vyplývá, že v případě 92 % respondentů byly důvodem nástupu k dobrovolnému diagnostickému pobytu problémy v chování vyskytující se doma i ve škole. **Tímto byl potvrzen stanovený předpoklad č. 2, že většina respondentů absoluuje dobrovolný diagnostický pobyt z důvodu problémů v chování objevujících se jak doma, tak ve škole.**

Tabulka č. 8 Očekávání respondentů od dobrovolného diagnostického pobytu v SVP

OČEKÁVÁNÍ RESPONDENTŮ OD POBYTU V SVP							
zlepšení chování ve škole	zlepšení školního prospěchu a přípravy na vyučování	zlepšení vztahů a komunikace v rodině	zavedení a dodržování domácích pravidel a plnění povinností	zvýšení sebevědomí, samostatnosti, nepodléhání negativním vlivům	odstranění či zmírnění nežádoucích projevů chování a jednání, tj. zlepšení chování	počet	%
	x		x		x	1	8 %
		x	x			1	8 %
				x	x	2	14 %
					x	1	8 %
	x	x			x	1	8 %
x					x	2	14 %
					x	1	8 %
	x				x	1	8 %
		x				1	8 %
				x		1	8 %
x			x		x	1	8 %
3	3	3	3	3	10		
23 %	23 %	23 %	23 %	23 %	77 %		

Jak je z uvedené tabulky zřejmé, všechny šetřené děti měly hned několik očekávání od dobrovolného diagnostického pobytu. 77 % z nich očekávalo od pobytu zlepšení svého chování a jednání, resp. zmírnění či odstranění jeho nežádoucích projevů. Další zmíněná očekávání jsou vždy zastoupena u třetiny šetřených dětí, a to zlepšení chování ve škole, zlepšení školního prospěchu, zlepšení rodinných vztahů, plnění svých povinností a získání větší odolnosti vůči svodům svého sociálního okolí.

Tabulka č. 9 Očekávání zákonných zástupců od dobrovolného diagnostického pobytu v SVP

OČEKÁVÁNÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ OD POBYTU V SVP							
zlepšení chování ve škole	zlepšení školního prospěchu a přípravy na vyučování	zlepšení vztahů a komunikace v rodině	zavedení a dodržování domácích pravidel a plnění povinností	zvýšení sebevědomí, samostatnosti, nepodléhání negativním vlivům	odstranění či zmírnění nežádoucích projevů chování a jednání, tj. zlepšení chování	počet	%
	x		x		x	1	8 %
	x	x	x		x	1	8 %
		x		x	x	2	12 %
					x	1	8 %
			x	x	x	1	8 %
	x				x	1	8 %
x		x			x	1	8 %
	x	x			x	1	8 %
		x	x		x	1	8 %
			x		x	1	8 %
x			x		x	1	8 %
x				x	x	1	8 %
3	4	6	6	4	13		
23 %	31 %	46 %	46 %	31 %	100 %		

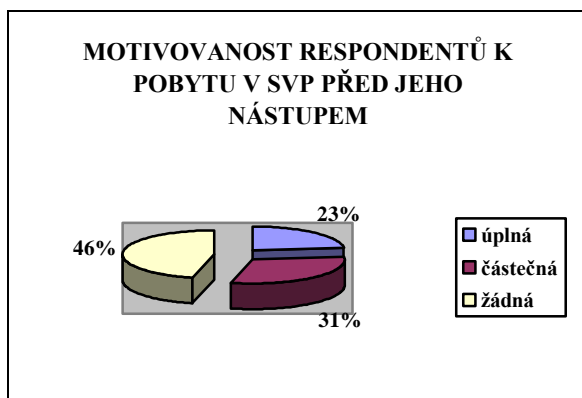
Výše uvedená tabulka č. 9 zřetelně ukazuje fakt, že všichni zákonní zástupci očekávali od dobrovolného diagnostického pobytu respondenta v SVP odstranění či alespoň zmírnění nežádoucích projevů jeho chování a jednání. **Tímto byl potvrzen stanovený předpoklad č. 3, že většina zákonných zástupců respondentů, kteří absolvují dobrovolný diagnostický pobyt v SVP, očekává zmírnění poruch chování.**

Téměř polovina zákonných zástupců (46 %) od pobytu dále očekává zkvalitnění vzájemných rodinných vztahů a zavedení domácích pravidel včetně plnění povinností ze strany respondenta. Třetina zákonných zástupců (31 %) očekává zlepšení jeho školního prospěchu a získání větší sebejistoty, jež je dle jejich názoru spojena s tím, že respondent neumí říci svým kamarádům „ne“. Jen 23 % zákonných zástupců očekává zlepšení chování dítěte ve škole.

Tabulka č. 10 **Motivovanost respondentů k dobrovolnému diagnostickému pobytu v SVP před jeho nástupem**

MOTIVOVANOST RESPONDENTŮ K POBYTU V SVP PŘED JEHO NÁSTUPEM		
motivovanost	počet	%
úplná	3	23 %
částečná	4	31 %
žádná	6	46 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 10 **Motivovanost respondentů k dobrovolnému diagnostickému pobytu v SVP před jeho nástupem**



Motivovanost respondenta je zde chápána jako ochota z jeho strany pobyt v SVP podstoupit, snaha jej řádně dokončit ve stanoveném termínu a využít jej k práci na sobě a k uskutečnění pozitivních změn ve svém chování a jednání.

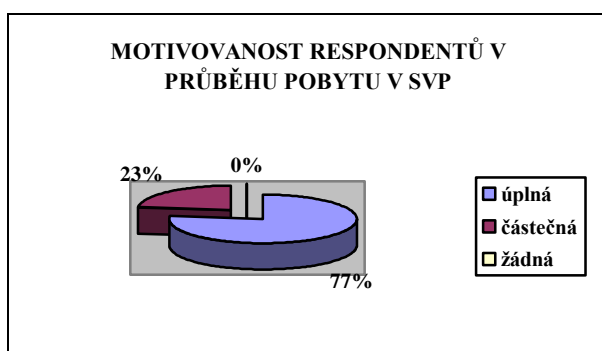
Jak lze vidět v tabulce č. 10 a jí náležejícím grafu, téměř polovina respondentů (46 %) byla před nástupem k pobytu na něj nemotivována, tedy nechtěla na něj nastoupit. Nejčastějšími zmiňovanými důvody byl strach z neznámého, ztráta svobody a volnosti, nutnost podřízení se stanovenému řádu a pravidlům, ztráta kontaktu s kamarády. Někteří z těchto respondentů byli přesvědčeni o tom, že jejich potíže nejsou natolik závažné, aby museli pobyt v SVP absolvovat. **Tímto byl potvrzen předpoklad č. 1, že ačkoli se jedná o dobrovolný diagnostický pobyt, většina respondentů s ním není vnitřně ztotožněna.** A to i vzhledem k faktu, že celých 31 % respondentů bylo motivováno částečně. Tito svou odpověď zdůvodňovali tím, že ač se jim na pobyt nechtělo, byli s ním současně smířeni. Jen pro pouhých 23 % respondentů představoval pobyt možnost pracovat na sobě samých,

na zmírnění problémů, jež měli, na zlepšení rodinných vztahů. Pobyt tak vnímali jako výzvu.

Tabulka č. 11 **Motivovanost respondentů v průběhu dobrovolného diagnostického pobytu v SVP**

MOTIVOVANOST RESPONDENTŮ V PRŮBĚHU POBYTU V SVP		
motivovanost	počet	%
úplná	10	77 %
částečná	3	23 %
žádná	0	0 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 11 **Motivovanost respondentů v průběhu dobrovolného diagnostického pobytu v SVP**



Motivovanost k pobytu se v jeho průběhu u většiny respondentů mění, a to zpravidla pozitivním směrem. I ty před pobytem zcela nemotivované je možné namotivovat ke snaze pokusit se změnit své chování a jednání. Celých 77 % respondentů potvrdilo, že během pobytu byli motivovaní, tj. chtěli pobyt zvládnout a řádně dokončit, byli otevření k práci na sobě a svém chování a snažili se uskutečnit v něm pozitivní změny. Čtvrtina respondentů (23 %) hodnotila svou motivovanost během pobytu částečnou. Žádný z nich nebyl nemotivován.

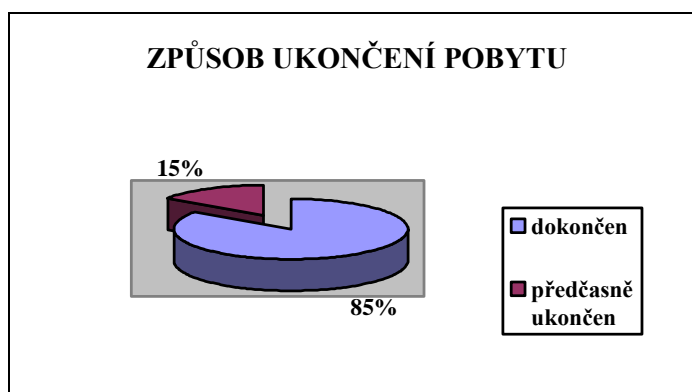
Při porovnání tabulky č. 10 (Motivovanost respondentů k dobrovolnému diagnostickému pobytu v SVP) s tabulkou č. 11 (Motivovanost respondentů v průběhu dobrovolného diagnostického pobytu v SVP) je patrná změna v motivovanosti respondentů před

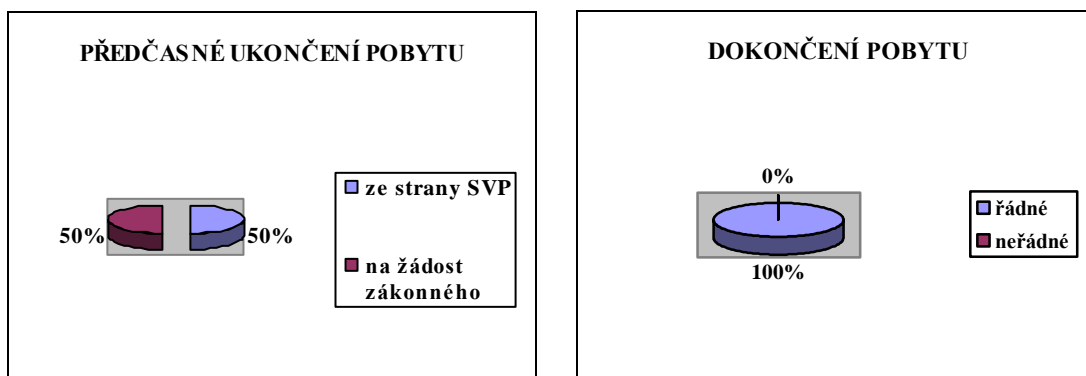
nástupem na pobyt a v jeho průběhu, tj. změna v přístupu k pobytu. Před pobytem bylo 46 % respondentů k pobytu nemotivovaných, v jeho průběhu došlo v jejich náhledu na pobyt k výrazné změně a žádný z nich již nezkonstatoval, že by byl zcela nemotivovaný. Zkušenosti zaměstnanců střediska, v němž respondenti pobyt absolvovali, toto jen potvrzují. Při vhodném vedení vzhledem k individualitě každého jednotlivého klienta lze dosáhnout pozitivních změn v jeho přístupu k pobytu, k jeho snaze dosáhnout alespoň částečných pozitivních změn.

Tabulka č. 12 **Způsob ukončení pobytu**

ZPŮSOB UKONČENÍ POBYTU						
pobyt	počet	%	způsob ukončení	počet	%	procentuální zastoupení k celku
předčasně ukončen	2	15 %	ze strany SVP	1	50 %	8 %
			na žádost zákonného zástupce	1	50 %	8 %
dokončen	11	85 %	řádně	11	100 %	84 %
			neřádně	0	0 %	0 %
celkem	13	100 %				100 %

Grafy k tabulce č. 12 **Způsob ukončení pobytu**





Většina respondentů (85 %) ukončila dobrovolný diagnostický pobyt ve stanoveném termínu a řádně, tj. úspěšně. V případě jednoho z nich se jednalo již o opakovací pobyt. Žádný z nich neukončil neřádným způsobem. Lze proto vnímat souvislost mezi mírou motivovanosti a způsobem ukončení pobytu, tj. čím více je respondent k pobytu motivován, tím vyšší je pravděpodobnost jeho řádného ukončení. **Vzhledem k těmto výsledkům, jež dokazují, že 85 % respondentů pobyt ukončilo řádně, byl splněn předpoklad č. 4, že většina respondentů, kteří absolvují dobrovolný diagnostický pobyt, jej ukončí řádně.**

Zbývajících 15 % respondentů ukončilo pobyt předčasně, přičemž v jednom případě se tak stalo na žádost zákonného zástupce a ve druhém případě byl pobyt ukončen ze strany SVP z důvodu dlouhodobého porušování řádu a pravidel. K tomuto způsobu ukončení pobytu dochází ve středisku jen velmi zřídka. Před ním se snaží středisko využít celou řadu jiných druhů sankcí. V některých případech se však míjí účinkem a středisko musí volit tu nejzazší variantu a to je okamžité ukončení pobytu respondenta.

Jak již bylo zmíněno, předčasné ukončení pobytu ze strany střediska bylo zvoleno jen u jednoho ze 13 respondentů, a to pro opakované porušování řádu a pravidel a ohrožování sebe a ostatních klientů i dospělých. Jednalo se o dvanáctiletého chlapce pocházejícího z rozvedené rodiny, která se rozpadla po sebevraždě jednoho ze čtyř synů. Po rozvodu byl chlapec svěřen do péče matky, která se s ním přestěhovala k novému partnerovi. Chlapec vycházel s matčíným partnerem dobře, změnu bydliště však snášel s nelibostí. V době pobytu matka očekávala narození dalšího potomka. Chlapec byl před pobytem šetřen již v PPP, DPA (poruchy pozornosti a zvýšená míra neuroticismu, poznamenán prodělanými traumaty a nevyváženým rodinným prostředím, susp. disharmonický osobnostní vývoj, přecitlivělost a egocentrické zaměření), nějakou dobu byl medikován. Chlapec byl nechtěným dítětem ze strany otce, který se obával zaopatření rodiny. Do 9 let se pomočoval. Ve 3 letech prodělal onemocnění ledvin. V době pobytu byl zdravý, bez omezení. Do MŠ nastoupil až v 6 letech. Byl zde ustrašený (z příšer a strašidel), úzkostný, ubližoval dětem. Zaškolen byl v 7 letech. V 1. – 3. tř. navrhovala základní škola přeřazení do školy speciální. Chlapec ve škole vyrušoval, nepracoval, nesnášel ji, diskutoval s učiteli. Problémy se objevovaly i doma, kde byl

nesamostatný, odmítal si plnit své povinnosti. Během pobytu v SVP se pracovalo na jeho motivaci pro školní práci, na vztazích s vrstevníky, respektu k autoritám, schopnosti přizpůsobit se společenským normám a na jeho sebekorekci. V jednání a činnostech byly patrné známky ritualizovaných činností a schémat. Jakékoli vybočení jej často výrazně emočně rozladilo. Je nezralý, introvertní, emočně labilní, sebestředně zaměřený. V tlaku jedná výrazně opozičně, impulzivně až agresivně. Má bohatý vnitřní svět, uchyluje se k fantaziím. Neochotně se podřizuje společenským normám a požadavkům, preferuje a výrazně si prosazuje svoje potřeby, spíše pasivní formy zábavy. Sociálně, především ve skupině vrstevníků, je spíše neobratný, stojí o blízkost, nedokáže však kvalitní vztah navázat, není schopen empatie. Chlapcovo jednání a projevy připomínají autistické rysy. Středisko doporučilo vyšetření u dětského psychiatra, přesné psychiatrické diagnostikování, v případě potřeby medikaci. I přes vyloučení ze střediska matka zhodnotila pobyt syna částečně úspěšným, a to zejména díky jeho osamostatnění. Matka si současně cenila, že ji odborníci střediska nasměrovali, kde hledat odbornou pomoc pro řešení chlapcových potíží a současně k větší důslednosti ve svém výchovném přístupu. Chlapci se v období šesti měsíců po ukončení pobytu spíše nedařilo. Díky spolupráci s DPA a SPC u něj byla diagnostikována hypoaktivita a bylo doporučeno domácí vyučování, což se také pozitivně odrazila na chlapcově vztahu ke vzdělávání, ke škole, učitelům a spolužákům. V období 12 měsíců po ukončení pobytu se mu tak dařilo výrazně lépe, než tomu bylo v době předchozího šetření.

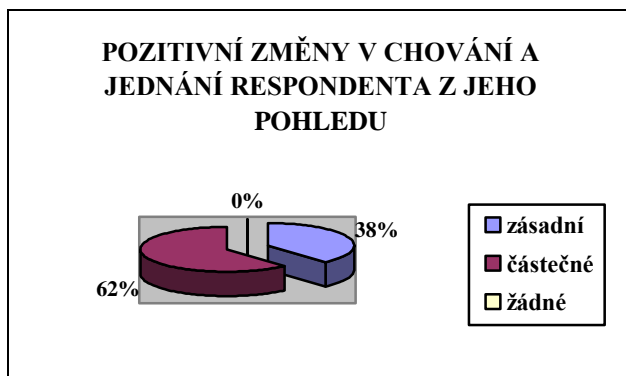
8.2 Šetření s odstupem šesti měsíců od ukončení pobytu

• ŠETŘENÍ S RESPONDENTY

Tabulka č. 13 **Pozitivní změny v chování a jednání respondenta po absolvování dobrovolného diagnostického pobytu v SVP z jeho pohledu**

POZITIVNÍ ZMĚNY V CHOVÁNÍ A JEDNÁNÍ RESPONDENTA Z JEHO POHLEDU		
pozitivní změny	počet	%
zásadní	5	38 %
částečné	8	62 %
žádné	0	0 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 13 **Pozitivní změny v chování a jednání respondenta po absolvování dobrovolného diagnostického pobytu v SVP z jeho pohledu**

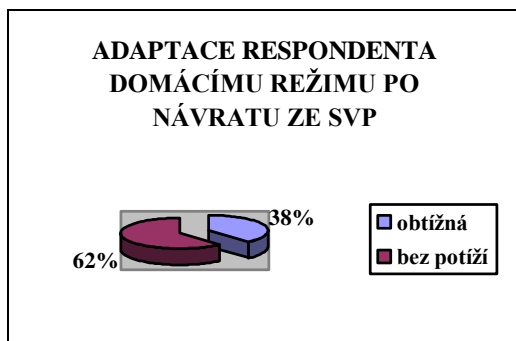


Z tabulky č. 13 a jí náležícímu grafu vyplývá, že všichni respondenti absolvující pobyt v SVP zaznamenali ve svém chování a jednání nějaké pozitivní změny. Jako zásadní vnímalo tyto pozitivní změny 62 % z nich. Uváděnými příklady bylo zlepšení chování ve škole a v učení, výrazné omezení alkoholu, respektování zákonných zástupců, plnění svých povinností, větší otevřenost a komunikativnost vůči zákonným zástupcům. 38 % respondentů zhodnotilo změny jako částečné, tj. na některých projevech svého chování a jednání se jim podařilo zapracovat, na něčem však nikoli.

Tabulka č. 14 **Adaptace respondenta domácímu režimu a atmosféře po návratu ze SVP**

ADAPTACE RESPONDENTA DOMÁCÍMU REŽIMU PO NÁVRATU ZE SVP		
adaptace	počet	%
obtížná	5	38 %
bez potíží	8	62 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 14 **Adaptace respondenta domácímu režimu a atmosféře po návratu ze SVP**

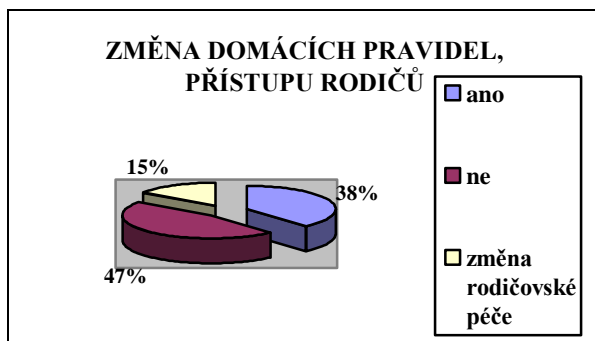


Jak ukazuje tabulka č. 14 a k ní náležící graf, více než polovina respondentů, přesně 62 % z nich, se po pobytu zadaptovala domácímu režimu a pravidlům bez obtíží. 38 % z nich však nějaké potíže zaznamenalo a přičítalo je např. špatnému snášení změn, špatné rodinné situaci, změně domácích pravidel. Zde je třeba zmínit, že dva z celkového počtu respondentů byli svěřeni do péče druhého rodiče. Obě tyto dívky se však shodly na tom, že se na nové prostředí adaptovaly bez obtíží.

Tabulka č. 15 **Změna domácího režimu, pravidel, výchovného přístupu zákonných zástupců z pohledu respondenta**

ZMĚNA DOMÁCÍCH PRAVIDEL Z POHLEDU RESPONDENTA		
změna	počet	%
ano	5	38 %
ne	6	47 %
změna rodičovské péče	2	15 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 15 **Změna domácího režimu, pravidel, výchovného přístupu zákonných zástupců z pohledu respondenta**

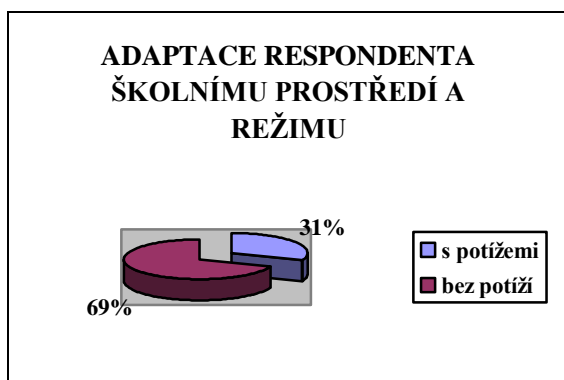


Z výše uvedené tabulky č. 15 a jejího grafu je patrné, že změnu domácího režimu, pravidel a výchovného přístupu zákonných zástupců zaznamenalo 38 % respondentů, v praxi se např. jednalo o větší výchovnou důslednost rodičů, o stanovení pravidel, za jejichž porušení a překročení následuje adekvátní sankce, motivování respondentů ze strany zákonných zástupců, jasné stanovení povinností respondenta. Naopak 47 % z nich jakoukoli takovou změnu negovalo, vše zůstalo dle nich „při starém“. V případě 15 % respondentů (jedná se tytéž dvě dívky, jejichž situace je již stručně nastíněna ve zhodnocení předchozí tabulky č. 14) došlo ke změně rodičovské péče, kdy byli svěřeni do péče druhého rodiče. Vzhledem k takto zásadní změně rodinného prostředí nelze tuto otázku adekvátně zhodnotit, protože se předpokládá, že dítě se po absolvování pobytu vrátí do stejného prostředí, v němž žilo v době před pobytem. Toto prostředí se totiž významně podílí na vývoji respondenta. Právě nepodnětnost, nestabilita prostředí, absence pozitivních citových vazeb v něm může podporovat vývoj nežádoucích způsobů chování a jednání u respondenta. Proto je velmi důležité, aby během pobytu spolupracoval nejen respondent, ale i jeho zákonní zástupci, kteří mají možnost zamýšlet se i nad svými výchovnými chybami, jichž se jako rodiče dopouští a za pomoci poradce na tomto začít pracovat. V praxi je však velmi časté, že zákonní zástupci očekávají zásadní změny v chování respondentů, sami pro to však nedělají téměř nic.

Tabulka č. 16 **Adaptace respondenta školnímu prostředí a režimu po jeho návratu ze SVP**

ADAPTACE RESPONDENTA ŠKOLNÍMU PROSTŘEDÍ A REŽIMU PO NÁVRATU ZE SVP		
adaptace	počet	%
s obtížemi	4	31 %
bez obtíží	9	69 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 16 **Adaptace respondenta školnímu prostředí a režimu po jeho návratu ze SVP**

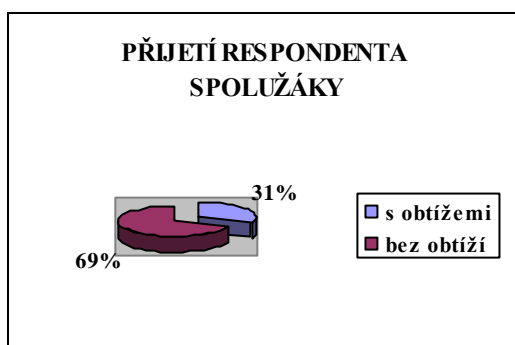


Z tabulky č. 16 a k ní náležícího grafu lze usuzovat, že většina respondentů, tj. 69 %, se školnímu prostředí a režimu znovupřizpůsobilo snadno, bez potíží. Nějaké potíže zažívalo 31 % z nich a většina uvedla, že jim adaptaci znepříjemnilo doplňování učiva, jedna dívka si stěžovala na hlučnost při vyučování, chyběl jí větší klid a soustředěnost na práci.

Tabulka č. 17 **Přijetí respondenta spolužáky**

PŘIJETÍ RESPONDENTA SPOLUŽÁKY		
přijetí	počet	%
s obtížemi	4	31 %
bez obtíží	9	69 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 17 **Přijetí respondenta spolužáky**

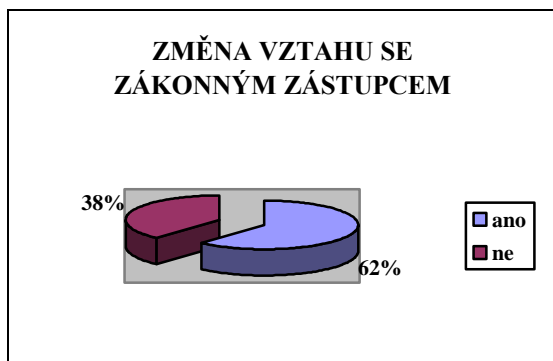


Tabulka č. 17 a její graf ukazují, že převážná většina respondentů (69 %) byla svými spolužáky přijata zpět do třídního kolektivu bez problémů. Přibližně třetina (31 %) z nich však při znovuzачlenění do skupiny spolužáků nějaké obtíže zaznamenala. Jeden z chlapců uvedl, že někteří spolužáci byli naštvaní, že se vrátil, jiná dívka zmínila, že se s ní spolužáci zpočátku vůbec nebavili, další dívky spolužáci oznámili, že to bylo ve škole bez ní lepší.

Tabulka č. 18 **Změna vztahu se zákonným zástupcem po návratu respondenta z pobytu**

ZMĚNA VZTAHU SE ZÁKONNÝM ZÁSTUPCEM						
změna	počet	%		počet	%	procentuální zastoupení k celku
ano	8	62 %	pozitivní	8	100 %	62 %
			negativní	0	0 %	0 %
ne	5	38 %				38 %
celkem	13	100 %			100 %	100 %

Graf k tabulce č. 18 **Změna vztahu se zákonným zástupcem po návratu respondenta z pobytu**



Jak je znázorněno v tabulce č. 18 a k ní náležejícím grafu, více než polovina respondentů, celých 62 %, si cenila změny vztahu s rodičem, většina uváděla jako příklad zlepšení komunikace a větší otevřenost vůči sobě navzájem. 38 % respondentů zhodnotilo svůj vztah se zákonným zástupcem nadále stejný jako před dobrovolným diagnostickým pobytem v SVP a všichni současně zkonstatovali, že je tedy nadále dobrý.

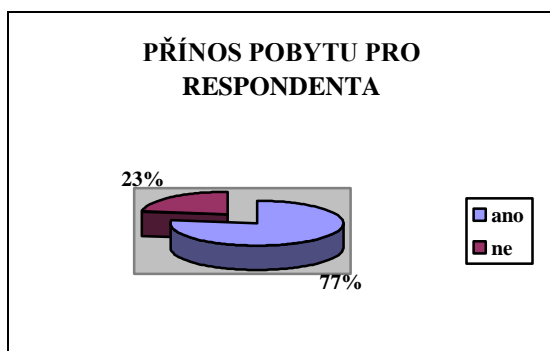
Výraznou pozitivní změnu shledala jedenáctiletá dívka pocházející z rozvedené rodiny. Ve společné domácnosti s ní a matkou žil její straší bratr (také problémový) a matčin nový přítel. Byl u ní diagnostikován mírný stupeň dysgrafie, nesprávná technika čtení spolu s nízkou efektivitou, nevhodný typ laterality, nesprávný úchop, průměrné intelektové schopnosti, pomalé pracovní tempo, senzitivní rysy osobnosti. Byla zaškolená v 6 letech, protože však nestačila tempu, byla dodatečně vyšetřena v PPP, kde byl doporučen dodatečný odklad školní docházky. Z důvodů pomalého tempa opakovala 1. třídu. V době před pobytem se u dívky často objevovalo záškoláctví (133 hod.). Dalšími důvody k přijetí na pobyt do SVP byly krádeže peněz, útěky z domova, závadová parta (alkohol, experimenty s drogami – THC, toluen), sebepoškozování (pořezané ruce). V době pobytu byla zdráva, bez omezení. Před nástupem na pobyt byl vztah mezi matkou a dcerou velmi narušený. Během pobytu však bylo patrné výrazné prohloubení citové vazby mezi nimi. V adaptačním období se do chodu a dění na pobytu zapojovala spíše pomaleji. Ačkoli se jí na pobyt nechtělo, byla dobře motivována ke změně a připravena na sobě pracovat. S okolím komunikovala ráda, vyjadřování jí však činilo velké potíže, její slovní zásoba byla viditelně zanedbána. V zátěžových situacích dokázala být urážlivá, výbušná a slovně i fyzicky agresivní. Své místo ve skupině nacházela vzhledem ke své nevýrazné, spíše samotářské povaze dle a velmi obtížně. Zpočátku bývala uzavřená a stranila se vrstevníků. Postupně byla komunikativnější, uvolněnější a otevřenější. Díky velké touze být dětmi přijímána pozitivně byla snadno ovlivnitelná. S chováním a respektem vůči dospělým neměla výraznější problémy, jejich pokyny téměř vždy respektovala. V individuálním kontaktu s etopedem byla spolupracující, otevřenější a aktivnější než při skupinové práci. Nečinilo jí potíže mluvit i o velmi citlivých tématech jako jsou např. zážitky s partou, experimentování s omamnými látkami a alkoholem. V průběhu pobytu se etoped zaměřil na podporu jejího sebevědomí, upevnění sebevědomí a získání vědomí hodnoty vlastního já. A to proto, aby se v budoucnu vyvarovala lidem a situacím, které pro ni mohou být vzhledem k minulosti velice ohrožující. Dívka měla oprávněné obavy z návratu domů. Vzhledem k jejímu nízkému věku a bohatým nežádoucím zkušenostem

z minulosti (experimentování s THC, toluenem, alkoholem atd.), doporučilo SVP v případě návratu do „starých kolejí“ její okamžité umístění do ústavní výchovy. Ačkoli se dívce po návratu ze SVP chvíli dařilo, postupně se znovu začaly objevovat potíže, kvůli nimž absolvovala pobyt. Protože nad ní byl již před pobytem stanoven dohled kurátora, byla dívka umístěna v dětském domově se školou.

Tabulka č. 19 Přínos pobytu pro respondenta

PŘÍNOS POBYTU PRO RESPONDENTA		
přínos	počet	%
ano	10	77 %
ne	3	23 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 19 Přínos pobytu pro respondenta

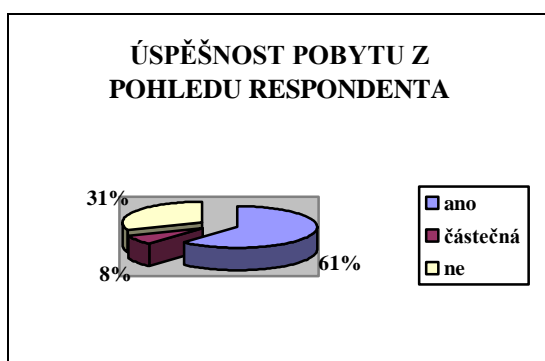


Jak je patrné z tabulky č. 19 i jejího grafu, celých 77 % respondentů zhodnotilo pobyt v SVP jako přínosný. Někteří vnímají jeho přínos ve zlepšení komunikace s rodiči, v náhledu na své chování a jednání, v uvědomění si či ujištění se, se kterým rodičem chtějí žít a kterou cestou se chtějí dál ubírat. 23 % respondentů shledalo, že pobyt jim nepřinesl nic.

Tabulka č. 20 Úspěšnost pobytu z pohledu respondenta

ÚSPĚŠNOST POBYTU Z POHLEDU RESPONDENTA		
úspěšnost	počet	%
ano	8	61 %
částečná	1	8 %
ne	4	31 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 20 Úspěšnost pobytu z pohledu respondenta



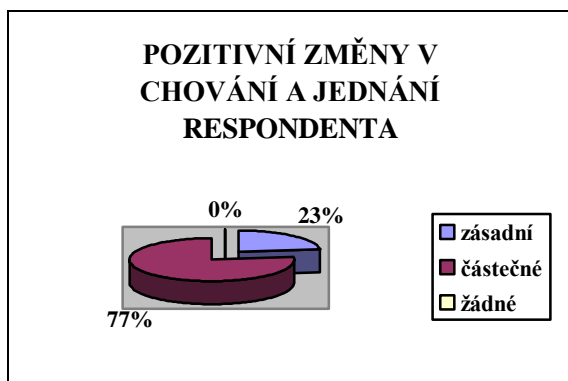
Více než polovina dětí, konkrétně 61 % z nich, zhodnotila svůj pobyt v SVP jako úspěšný. Tuto svou odpověď zdůvodnili naplněním stanovených očekávání od pobytu, uváděnými příklady bylo zlepšení vztahu se zákonnými zástupci, zlepšení chování, zlepšení ve škole, zlepšení vztahu s vrstevníky, začlenění se kolektivu, ujasnění si osobních priorit a hodnot. Jedna z dívek tuto otázku zodpověděla takto: „*Ano, šla jsem k tátovi do péče a nic jiného jsem nechtěla.*“ Dalších 8 % respondentů shledalo úspěšnost pobytu pouze částečnou a 31 % jej vnímalo spíše jako neúspěšný a komentovali to slovy: „*Bylo by lepší tam vůbec nechodit,*“ či „*Byl zbytečnej.*“

- **ŠETŘENÍ SE ZÁKONNÝMI ZÁSTUPCI**

Tabulka č. 21 Pozitivní změny v chování a jednání respondenta po absolvování dobrovolného diagnostického pobytu v SVP z pohledu jeho zákonného zástupce

POZITIVNÍ ZMĚNY V CHOVÁNÍ A JEDNÁNÍ RESPONDENTA Z POHLEDU ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE		
pozitivní změny	počet	%
zásadní	3	23 %
částečné	10	77 %
žádné	0	0 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 21 Pozitivní změny v chování a jednání respondenta po absolvování dobrovolného diagnostického pobytu v SVP z pohledu jeho zákonného zástupce

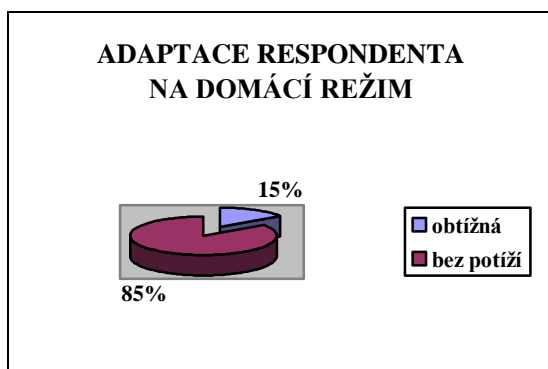


Jak lze vidět v tabulce č. 21 a jejím grafu, všichni z dotazovaných zákonných zástupců shledali nějaké pozitivní změny v chování a jednání respondentů. 77 % z nich zaznamenalo v jejich chování částečné pozitivní změny, tj. některé potíže, s nimiž na pobyt přišel, se podařilo zmírnit či odstranit, některé nikoli. Pouhých 23 % z nich zhodnotilo pozitivní změny v chování respondenta jako zásadní, tj. chování a jednání respondentů bylo výrazně jiné než před pobytem, výrazně lepší.

Tabulka č. 22 **Adaptace respondenta na domácí režim a atmosféru po jeho návratu ze SVP z pohledu jeho zákonného zástupce**

ADAPTACE RESPONDENTA NA DOMÁCÍ REŽIM		
adaptace	počet	%
obtížná	2	15 %
bez potíží	11	85 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 22 **Adaptace respondenta na domácí režim a atmosféru po jeho návratu ze SVP z pohledu jeho zákonného zástupce**

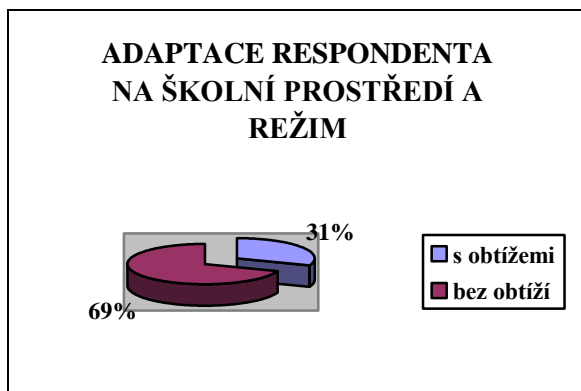


Výsledky průzkumu ukázaly, že 85 % zákonných zástupců zhodnotilo adaptaci respondentů domácímu režimu a atmosféře jako bezproblémovou. Drobné obtíže zaznamenalo 15 % z nich, jejich příčinou byla v některých případech snížená schopnost respondentů snášet jakékoli změny.

Tabulka č. 23 **Adaptace respondenta na školní prostředí a režim po jeho návratu ze SVP z pohledu jeho zákonného zástupce**

ADAPTACE RESPONDENTA NA ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ A REŽIM		
adaptace	počet	%
s obtížemi	4	31 %
bez obtíží	9	69 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 23 **Adaptace respondenta na školní prostředí a režim po jeho návratu ze SVP z pohledu jeho zákonného zástupce**

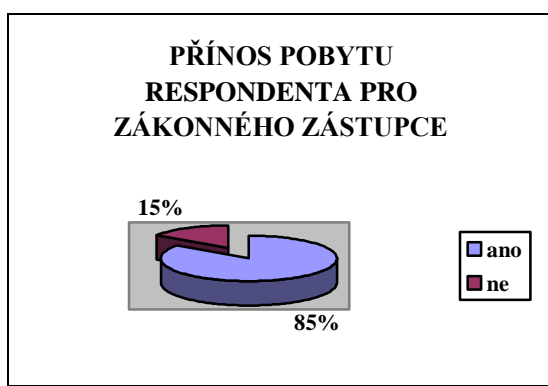


Schopnost respondenta se po návratu z dobrovolného diagnostického pobytu v SVP zadaptovat na školní prostředí a režim zhodnotili jeho zákonní zástupci stejně jako respondenti, tj. 69 % zákonných zástupců zhodnotilo adaptaci respondenta jako bezproblémovou, naopak 31 % z nich zaznamenalo nějaké potíže, které souvisely především s doháněním zameškaného učiva či se sníženou schopností dítěte snášet změny.

Tabulka č. 24 **Přínos pobytu respondenta pro jeho zákonného zástupce**

PŘÍNOS POBYTU RESPONDENTA PRO JEHO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE		
přínos	počet	%
ano	11	85 %
ne	2	15 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 24 **Přínos pobytu respondenta pro jeho zákonného zástupce**

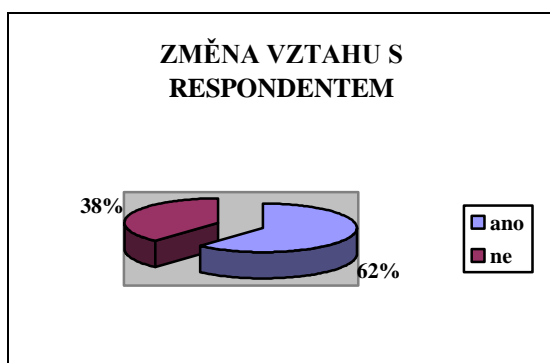


Z tabulky č. 24 a jejího grafu je patrné, že pro 85 % rodičů byl dobrovolný diagnostický pobyt respondentů přínosem, a to např. v uvědomění si, že nejsou jediní s problémy, v potvrzení domněnek o příčinách potíží dítěte, v dalším nasměrování péče, v získání sebejistoty, cenných rad, ve snaze porozumět respondentovi, ve sblížení s ním. Pouhých 15 % z nich neshledalo v pobytu respondenta žádný přínos pro sebe sama.

Tabulka č. 25 **Změna vztahu s respondentem po jeho návratu z pobytu v SVP**

ZMĚNA VZTAHU S RESPONDENTEM		
změna	počet	%
ano	8	62 %
ne	5	38 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 25 **Změna vztahu s respondentem po jeho návratu z pobytu v SVP**

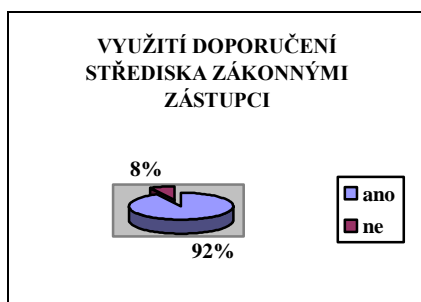


Tabulka č. 25 i její graf ukazují, že více než polovina zákonných zástupců, celkem 62 %, zaznamenala na základě absolvování pobytu respondenta v SVP změnu jejich vzájemného vztahu, a to změnu pozitivní. Jako příklady změny uváděli intenzivnější komunikaci mezi nimi, vzájemné sblížení, snahu si navzájem porozumět, obnovení důvěry v respondenta, společné sdílení zážitků. Zbývajících 38 % zákonných zástupců zhodnotilo jejich vztah s respondentem pobytem nepozměněný, tj. stejně dobrý jako před pobytem.

Tabulka č. 26 **Využití doporučení odborníků střediska zákonnými zástupci v praxi**

VYUŽITÍ DOPORUČENÍ STŘEDISKA ZÁKONNÝMI ZÁSTUPCI		
využití doporučení	počet	%
ano	12	92 %
ne	1	8 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 26 **Využití doporučení odborníků střediska zákonnými zástupci v praxi**

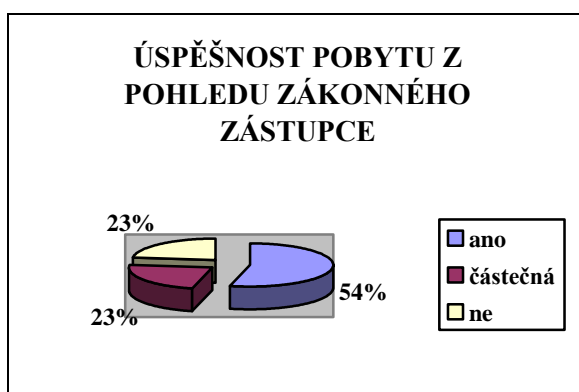


Průzkum dokázal, že s výjimkou jediného zákonného zástupce, jenž se v praxi nepokusil aplikovat doporučení střediska, se o to všichni ostatní (92 %) pokusili. Snažili se využít doporučení týkající se např. jejich výchovné důslednosti, volby adekvátních trestů za přestupky. Dva zákonní zástupci se pokusili doma vytvořit systém bodování a odměn uplatňovaný v SVP, jeden se pokusil pro usnadnění komunikace zavést psaní deníku, což se však neosvědčilo.

Tabulka č. 27 **Úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu respondenta z pohledu jeho zákonného zástupce**

ÚSPĚŠNOST POBYTU Z POHLEDU ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE		
úspěšnost	počet	%
ano	7	54 %
částečná	3	23 %
ne	3	23 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 27 **Úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu respondenta z pohledu jeho zákonného zástupce**



Jak je vidět v tabulce č. 27 a jejím grafu, největší počet zákonných zástupců zhodnotil pobyt respondenta jako úspěšný, a to více než polovina (54 %) z nich. Uváděnými důvody byla zásadní změna v chování dítěte k lepšímu, zvýšení jeho sebevědomí, osamostatnění se, získání náhledu na své chování, zlepšení chování a prospěchu ve škole, začlenění se do vrstevnického kolektivu, zlepšení vzájemného vztahu s respondentem. Částečnou úspěšnost zaznamenalo 23 % zákonných zástupců, tj. některé problémy respondenta se

zmírnily či byly odstraněny, některé však nadále přetrvávají. Stejný počet zákonných zástupců, tj. 23 % z nich, zhodnotil pobyt jako neúspěšný, tj. potíže, s nimiž respondent na pobyt přišel, se nepodařilo odstranit ani zmírnit. Jeden ze zákonných zástupců zhodnotil pobyt jako zbytečný.

• ŠETŘENÍ S TŘÍDNÍMI UČITELI

Tabulka č. 28 **Výchovné potíže respondenta ve škole před jeho nástupem na dobrovolný diagnostický pobyt do SVP z pohledu třídního učitele**

VÝCHOVNÉ POTÍŽE RESPONDENTA PŘED NÁSTUPEM NA POBYT Z POHLEDU UČITELE							
problematické vztahy se spolužáky	krádeže, podvody, lži	narušování vyučování	neplnění povinností	nevhodné chování k vyučujícím	záškoláctví	počet	%
	x			x		1	8 %
x		x		x		2	15 %
			x			3	22 %
x		x				1	8 %
x						1	8 %
	x	x				1	8 %
			x	x		1	8 %
		x	x	x		1	8 %
					x	2	15 %
4	2	5	5	5	2		
31 %	15 %	38 %	38 %	38 %	15 %		

Problematické vztahy se spolužáky zahrnují intrikaření, šíření pomluv, vyvolávání konfliktů. **Podvody ve škole** představuje falšování známek a podpisů rodičů, přepisování známek a psaní omluvenek dětmi. **Narušování výuky**, nekázeň při vyučování je způsobeno tendencí upoutat pozornost svého okolí nevhodným způsobem. **Neplněním povinností** je myšlena především absence domácí přípravy na vyučování. **Nevhodné chování k vyučujícím** představuje zejména nerespekt vůči nim jako autoritě, nerespekt jejich pokynů, drzé a vulgární chování vůči pedagogům.

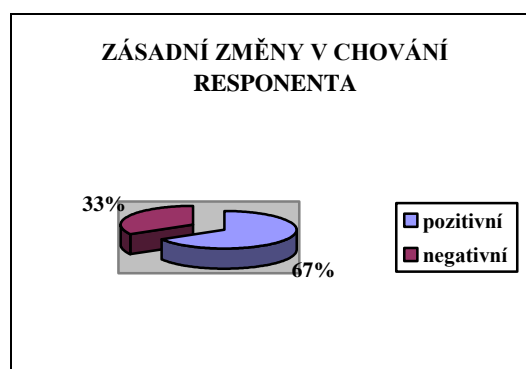
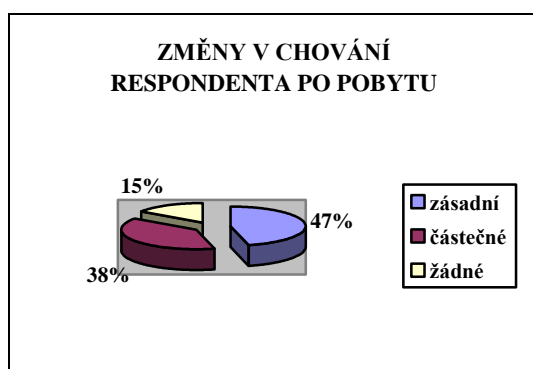
Z tabulky č. 28 vyplývá, že z pohledu třídních učitelů měli všichni respondenti před nástupem na pobyt výchovné potíže ve škole. Nejzávažnějšími problémy svých žáků

absolvujících pobyt v SVP shledávají zejména narušování výuky, neplnění povinností a nerespekt a nevhodné chování vůči vyučujícím (ve všech případech zastoupení u 38 %). Velkou měrou jsou však zastoupeny také problematické vztahy respondentů se spolužáky (31%). Krádeže, lži a podvody včetně záškoláctví se objevovalo dle pedagogů u 15 % respondentů.

Tabulka č. 29 **Změny v chování respondenta po jeho návratu z dobrovolného diagnostického pobytu v SVP**

ZMĚNY V CHOVÁNÍ RESPONDENTA PO JEHO NÁVRATU Z POBYTU						
změny	počet	%		počet	%	procentuální zastoupení k celku
zásadní	6	47 %	pozitivní	4	67 %	32 %
			negativní	2	33 %	15 %
částečné	5	38 %				38 %
žádné	2	15 %				15 %
celkem	13	100 %				100 %

Grafy k tabulce č. 29 **Změny v chování respondenta po jeho návratu z dobrovolného diagnostického pobytu v SVP**



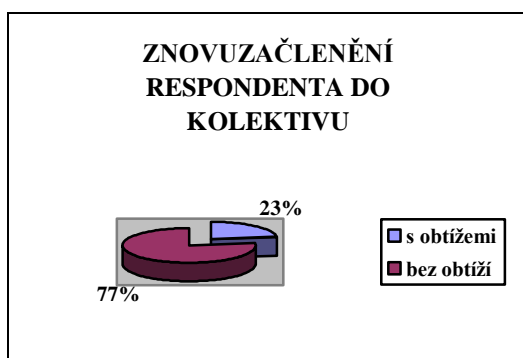
Jak je patrné z tabulky č. 29 a jejího grafického znázornění, téměř polovina učitelů (47 %) shledala v chování svých žáků po jejich návratu z pobytu v SVP zásadní změny, ovšem u 15 % z nich se jednalo o změny negativní (např. zásadním způsobem narušovali vyučování záměrnými provokacemi a tendencemi s učiteli o všem diskutovat). Jejich chování tak po návratu ze SVP bylo horší než před odchodem na pobyt, jejich narušování vyučovacích hodin negativně ovlivnilo přístup jejich spolužáků a opětovné přijetí do jejich

kolektivu. Nevhodné chování respondenta totiž negativně ovlivňovalo také jejich samotný výkon, míru jejich soustředěnosti a podmínky pro vstřebávání a pochopení probrané látky. U zbývajících 32 % zhodnotili učitelé změny pozitivními (např. zklidnění, větší samostatnost při práci, zkvalitnění domácí přípravy, pravidelná docházka do školy, včlenění do třídního kolektivu). 38 % pedagogů zaznamenalo částečné pozitivní změny v chování svých žáků a jen 15 % z nich zhodnotilo chování dítěte beze změny, tj. nadále špatné.

Tabulka č. 30 **Znovuzačlenění respondenta do třídního kolektivu, přijetí spolužáky po návratu ze SVP**

ZNOVUZAČLENĚNÍ RESPONDENTA DO KOLEKTIVU		
znovuzačlenění	počet	%
s obtížemi	3	23 %
bez obtíží	10	77 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 30 **Znovuzačlenění respondenta do třídního kolektivu, jeho přijetí spolužáky po návratu ze SVP**



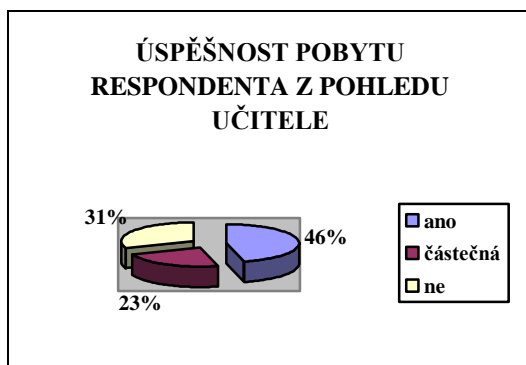
Jak je patrné z tabulky č. 30 a k ní přiřazeného grafu, většina pedagogů (77 %) u respondentů nepostřehla potíže při jejich znovuzačlenění do třídního kolektivu, spolužáci je tedy přijali dobře. Někteří z nich dokonce ve třídě zaujali lepší pozici, než jakou měli před pobytem, a to vzhledem ke zlepšení svého chování a jednání vůči svým spolužákům. Pouhých 23 % z nich nějaké problémy zaznamenalo. Příčinou těchto potíží bylo nevhodné chování respondenta, jeho tendence záměrně vyvolávat konflikty a odmítání spolupráce.

Pozn.: Při šetření s třídními učiteli respondentů nebyla zjišťována schopnost adaptace respondentů na školní prostředí, protože se předpokládá, že škola očekává změny ze strany žáka, tj. sama žádné změny v jeho prospěch nerealizuje. Toto je zjišťováno jen v domácím prostředí, protože zde se naopak očekává nejen změna v chování žáka, ale také změna domácího režimu, nastavení nových pravidel, uplatnění větší důslednosti ve výchově ze strany zákonných zástupců.

Tabulka č. 31 **Úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu respondenta z pohledu jeho třídního učitele**

ÚSPĚŠNOST POBYTU RESPONDENTA Z POHLEDU TŘÍDNÍHO UČITELE		
úspěšnost	počet	%
ano	6	46 %
částečná	3	23 %
ne	4	31 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 31 **Úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu respondenta z pohledu jeho třídního učitele**



Jak vyplývá z tabulky č. 31 a jí náležejícího grafu, necelá polovina třídních učitelů zhodnotila pobyt respondenta jako úspěšný, a to celých 46 % z nich. Přibližně třetina učitelů, konkrétně 31 %, shledala pobyt neúspěšným, u dvou z nich zaznamenala jejich třídní učitelka spíše výrazné zhoršení v chování. Částečnou úspěšnost pobytu u svých žáků vnímá 23 % z dotazovaných učitelů.

Zde je třeba zdůraznit, že pohled třídního učitele již může být zkreslen. Mnozí učitelé prožijí s klienty před nástupem na pobyt celou řadu nepříjemných situací a mohou si tak

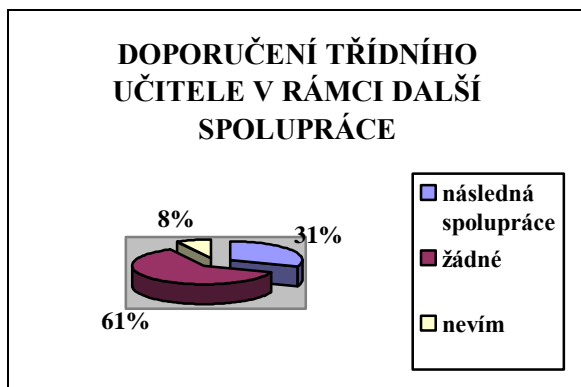
vůči němu vytvořit natolik negativní postoj, na jehož základě žáka posuzují i po návratu z pobytu a následném zlepšení jeho chování. Jsou již vůči němu předpojatí, nedůvěřují v možnost jeho nápravy a dle toho jej také posuzují.

Výsledek této tabulky se překvapivě neshoduje s výsledky uvedenými v tabulce č. 29 (Změny v chování respondenta po jeho návratu z dobrovolného diagnostického pobytu v SVP), a to v zaznamenání zásadních pozitivních změn a částečných změn v chování dítěte spolu s úspěšností pobytu částečnou a úplnou. Lze to zdůvodnit např. tím, že ač učitel v chování svého žáka zaznamenal zásadní změnu k lepšímu, jeho chování je i nadále z jeho pohledu značně nevhodné, naopak shledává-li u svého žáka alespoň částečnou pozitivní změnu v jeho chování, z jeho pohledu již toto je známkou úspěchu. Obě tabulky se shodují v jednom výsledku, a to v počtu nulových pozitivních změn či existence závažných negativních změn, které se objevily až po pobytu, v chování respondenta.

Tabulka č. 32 **Doporučení třídního učitele v rámci další spolupráce**

DOPORUČENÍ TŘÍDNÍHO UČITELE V RÁMCI DALŠÍ SPOLUPRÁCE		
doporučení	počet	%
následná spolupráce	4	31 %
žádné	8	61 %
nevím	1	8 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 32 **Doporučení třídního učitele v rámci další spolupráce**



Jak je patrné z tabulky č. 32 a jejího grafu, celých 69 % třídních učitelů nenaspalo žádné doporučení (61 %) nebo žádné nevědělo (1 %). Zbývajících 31 % třídních učitelů navrhovalo následnou spolupráci, buď se samotným SVP či jiným odborným pracovištěm, jeden z pedagogů doporučoval kromě větší spolupráce také další odborné vyšetření respondenta.

8.3 Šetření s odstupem dvanácti měsíců od ukončení pobytu

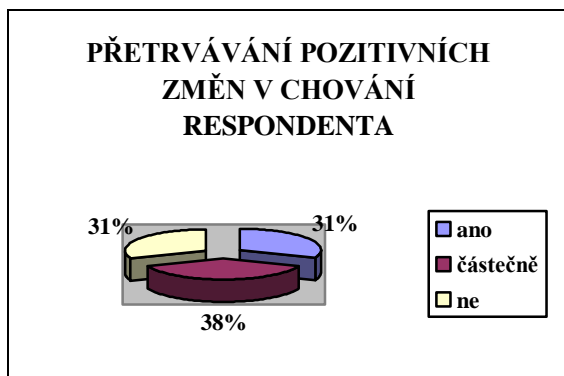
Podmínky třetí, tj. poslední části průzkumu, se v průběhu času výrazně změnily, a to především při šetření s třídními učiteli respondentů. Jeden respondent byl umístěn v dětském domově se školou, jeden byl dlouhodobě umístěn v dětské psychiatrické léčebně, oba tudíž nežijí ve společné domácnosti se svými zákonnými zástupci/rodiči a oba navštěvují školu v daném zařízení. Dva respondenti ukončili v červnu 2010 povinnou školní docházku na základní škole a přestoupili již na školu střední. Další dva respondenti přestoupili na jinou základní školu. Protože práce je postavena na zmapování úspěšnosti pobytu, a ta se váže na porovnání chování a jednání dítěte v daném prostředí před pobytem a po něm, a současně s přihlédnutím k etické stránce věci, nebylo v případě těchto respondentů již dále šetřeno jejich chování a působení ve školním prostředí z pohledu jejich třídního učitele.

• ŠETŘENÍ S RESPONDENTY

Tabulka č. 33 **Přetrvávání pozitivních změn v chování a jednání respondenta dosažených v průběhu pobytu v SVP**

PŘETRVÁVÁNÍ POZITIVNÍCH ZMĚN V CHOVÁNÍ A JEDNÁNÍ RESPONDENTA		
přetrvávání	počet	%
ano	4	31 %
částečně	5	38 %
ne	4	31 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 33 **Přetrvávání pozitivních změn v chování a jednání respondenta dosažených v průběhu pobytu v SVP**

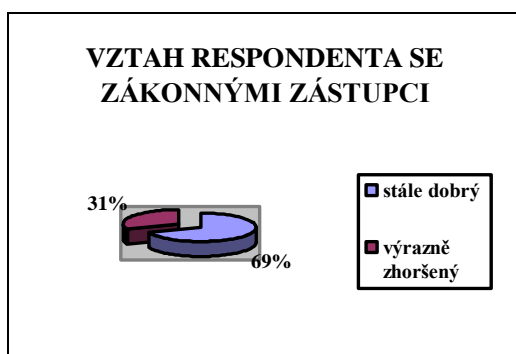


Jak vyplývá z tabulky č. 33 a jí příslušného grafu, přetrvávání pozitivních změn ve svém chování dosažených v průběhu pobytu v SVP doznává třetina respondentů (31 %). Další třetina (31 %) toto tvrzení dementuje, a mezi nimi i dva respondenti, jež jsou z důvodu nadále přetrvávajícího nežádoucího chování dlouhodobě umístěni ve výchovném a psychiatrickém zařízení. Zbývajících 38 % respondentů posoudilo přetrvávání pozitivních změn ve svém chování a jednání jen jako částečné.

Tabulka č. 34 **Vztah respondenta s jeho zákonnými zástupci**

VZTAH RESPONDENTA SE ZÁKONNÝMI ZÁSTUPCI		
vztah	počet	%
nadále dobrý	9	69 %
výrazně zhoršený, narušený	4	31 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 34 **Vztah respondenta s jeho zákonnými zástupci**

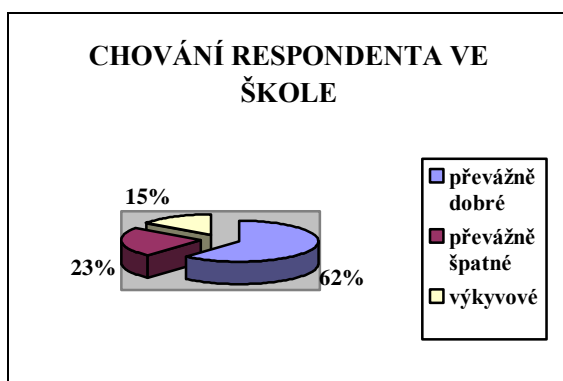


Z tabulky č. 34 i jejího grafu je jasně patrné, že převážná většina respondentů, celkem 69 % z nich, má se svým zákonným zástupcem nadále dobrý vztah. Ovšem 31 % z nich potvrdilo výrazné zhoršení vzájemného vztahu, přičemž v případě všech respondentů je důvodem jejich výrazně zhoršené chování, kdy rodiče již ve výchově rezignovali a schopnost a ochota k vzájemné komunikaci mezi nimi je zásadním způsobem narušena.

Tabulka č. 35 **Chování respondenta ve škole**

CHOVÁNÍ RESPONDENTA VE ŠKOLE		
chování ve škole	počet	%
převážně dobré	8	62 %
převážně špatné	3	23 %
výkyvové	2	15 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 35 **Chování respondenta ve škole**



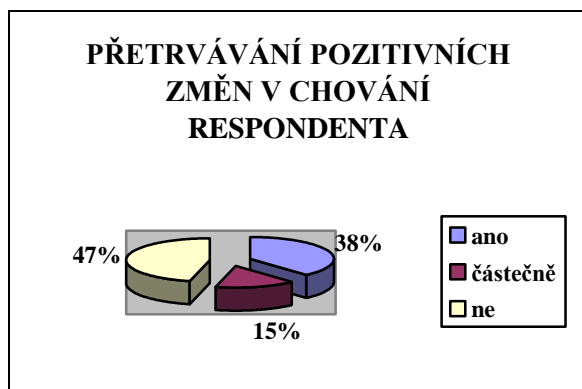
Jak lze vidět v tabulce č. 35 a k ní náležejícím grafu, celých 62 % respondentů vnímá své chování ve škole jako převážně dobré, tj. bez výraznějších výchovných obtíží. Je třeba však poznamenat, že 6 z těchto 8 respondentů změnilo školu, což jejich odpověď jistě do určité míry ovlivnilo a jeden studuje kombinovaně, tj. zčásti je vyučován doma a do školy dochází pouze na výuku hlavních předmětů a na přezkoušení. 23 % z dotazovaných respondentů zhodnotilo své působení ve škole jako velmi špatné a 15 % z nich si vede výkyvově, tj. v jejich chování dochází k občasným výkyvům, kdy se jim nedaří a poté opět přichází klidnější období. V případě těchto respondentů jsou výkyvy zapříčiněny nejen jejich osobnostními dispozicemi, ale i momentální rodinnou situací a aktuálním rozpoložením.

- **ŠETŘENÍ SE ZÁKONNÝMI ZÁSTUPCI**

Tabulka č. 36 **Přetrvávání pozitivních změn v chování respondenta, jichž dosáhl během pobytu v SVP**

PŘETRVÁVÁNÍ POZITIVNÍCH ZMĚN V CHOVÁNÍ RESPONDENTA		
přetrvávání	počet	%
ano	5	38 %
částečně	2	15 %
ne	6	47 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 36 **Přetrvávání pozitivních změn v chování respondenta, jichž dosáhl během pobytu v SVP**



Téměř polovina z dotazovaných zákonných zástupců, tj. 47 % z nich, usoudila, že pozitivní změny v chování respondenta, jichž dosáhlo během pobytu v SVP, nemělo dlouhodobějšího trvání, byly jen krátkodobého charakteru. Naopak 38 % z nich zhodnotilo, že změny v chování respondenta byly natolik zásadní, že přetrvávají i nadále, tj. 12 měsíců po ukončení pobytu v SVP. Zbývajících 15 % zákonných zástupců shledalo jen částečné přetrvávání pozitivních změn v chování jejich dítěte, tj. některé změny v chování dítěte hodnotilo jako trvalejší, některé jako přechodného charakteru.

Tabulka č. 37 **Závažnější problémy v chování respondenta, jež před pobytem v SVP neměl**

ZÁVAŽNĚJŠÍ PROBLÉMY V CHOVÁNÍ RESPONDENTA		
problémy	počet	%
ano	5	38 %
ne	8	62 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 37 **Závažnější problémy v chování respondenta, jež před pobytem v SVP neměl**

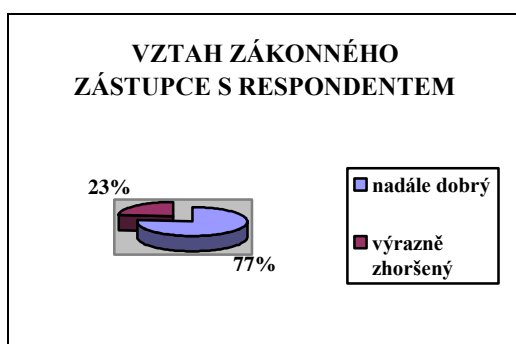


Závažnější problémy v chování respondenta, které v době před pobytem neměl, shledalo 38 % dotázaných zákonných zástupců. Příkladem těchto problémů je např. prodej marihuany, vloupání se do školní skříňky, rozprodávání osobních věcí a oblečení. Převážná většina zákonných zástupců, celkem 62 % z nich, výskyt závažnějších problémů v chování respondenta, s nimiž se u něj v době před pobytem nesetkalo, negovalo.

Tabulka č. 38 **Vztah zákonného zástupce s respondentem**

VZTAH ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S RESPONDENTEM		
vztah	počet	%
nadále dobrý	10	69 %
výrazně zhoršený, narušený	3	31 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 38 **Vztah zákonného zástupce s respondentem**

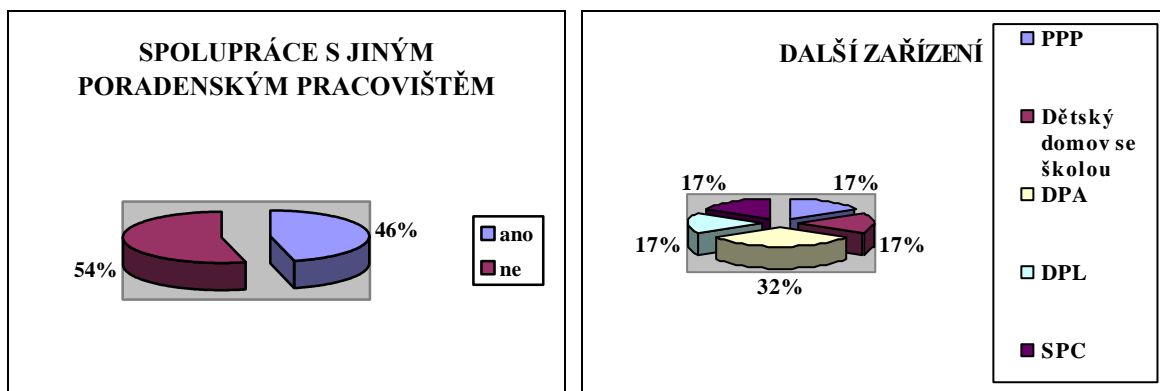


Z průzkumu vyplývá, že 77 % zákonných zástupců zhodnotilo svůj vztah s respondentem výrazně zhoršený, což se odvíjí od výrazného zhoršení chování respondenta. Pouhých 23 % shledalo vzájemný vztah jako nadále dobrý.

Tabulka č. 39 Spolupráce s nějakým dalším poradenským pracovištěm či jiným zařízením

SPOLUPRÁCE S DALŠÍM PORADENSKÝM ZAŘÍZENÍM						
spolupráce	počet	%		počet	%	procentuální zastoupení k celku
ano	6	46 %	PPP	1	17 %	8 %
			Dětský domov se školou	1	17 %	8 %
			DPA	2	32 %	15 %
			DPL	1	17 %	8 %
			SPC	1	17 %	8 %
ne	7	54 %				53 %
celkem	13	100 %			100 %	100 %

Graf k tabulce č. 39 Spolupráce s nějakým dalším poradenským pracovištěm či jiným zařízením



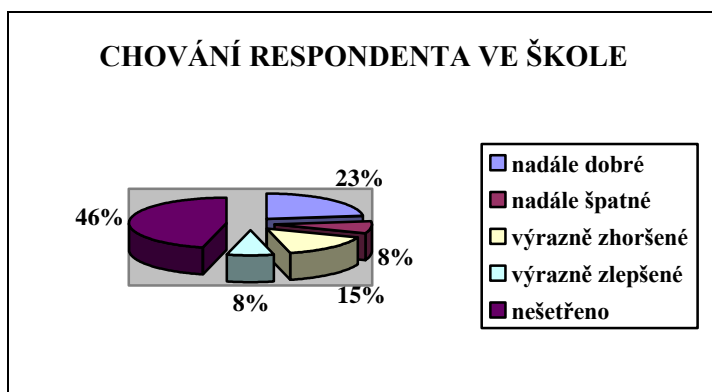
Z tabulky č. 39 a jejího grafu je patrné, že téměř polovina (46 %) zákonných zástupců vyhledala z důvodů opakujícího se problémového chování respondentů pomoc dalšího poradenského zařízení, a to konkrétně pomoc pedagogicko-psychologické poradny (8 %), speciálně-pedagogického centra (8 %), dětské psychiatrické ambulance (15 %), dětské psychiatrické léčebny (8 %). Jeden z respondentů byl umístěn v dětském domově se školou (8 %). Více než polovina z nich (54 %) již s žádným dalším pracovištěm nespolupracovala.

- **ŠETŘENÍ S TRÍDNÍMI UČITELI**

Tabulka č. 40 **Chování respondenta ve škole**

CHOVÁNÍ RESPONDENTA VE ŠKOLE		
chování dítěte	počet	%
nadále dobré	3	23 %
nadále špatné	1	8 %
výrazně zhoršené	2	15 %
výrazně zlepšené	1	8 %
nešetřeno	6	46 %
celkem	13	100 %

Graf k tabulce č. 40 **Chování respondenta ve škole**



Jak lze vidět v tabulce č. 40 a jejím grafu, téměř polovina respondentů (46 %) nebyla z důvodu změny školy šetřena. Dalších 23 % si stále udrželo dobré chování, jež bylo zaznamenáno po ukončení pobytu v SVP. Nadále špatné chování se objevilo u 8 % respondentů. K výraznému zhoršení chování od předchozího šetření došlo u 15 % z nich. Naopak značné zlepšení chování ve škole lze pozorovat u 8 % z šetřených respondentů, a to díky uskutečnění kombinované formy studia.

9 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zmapování úspěšnosti dobrovolného diagnostického pobytu ve středisku výchovné péče z pohledu dětí, jež je absolvovaly, dále analýza spisů jednotlivých respondentů vytvořených v období před jejich pobytem, zpracování získaných údajů z analýzy a následných dvou šetření v časovém odstupu vždy

6 měsíců a sestavení tabulek a grafů. V průběhu průzkumu byla podrobněji šetřena osobní anamnéza respondentů, jejich rodinné prostředí, předchozí spolupráce s poradenskými pracovišti, důvody k jejich umístění do střediska výchovné péče, očekávání respondentů i jejich zákonných zástupců od pobytu, změna motivovanosti respondentů před pobytem a v jeho průběhu a způsob ukončení pobytu. Dále se průzkum zaměřil na existenci pozitivních změn v chování respondentů po absolvování pobytu doma i ve škole, jeho adaptaci na domácí a školní prostředí, případnou změnu rodinných vztahů a změnu domácího režimu, vlastní přínos pobytu a jeho úspěšnost ze tří různých pohledů, a to z pohledu jednotlivých respondentů, jejich zákonných zástupců a třídních učitelů. Poslední šetření se již stručně orientuje na to, zda se pozitivní změny dosažené během pobytu podařilo dětem zachovat, na aktuální vztah rodičů s dětmi a chování dětí ve škole.

Podrobnou analýzou dokumentů bylo zjištěno, že výzkumný vzorek tvoří téměř stejný počet dívek (54 %) i chlapců (46 %) nejčastěji ve věku 14 let (53 %) pocházejících většinou z úplné rodiny tvořené převážně matkou a jejím novým partnerem či z neúplné rodiny tvořené jen matkou. Žádný ze šetřených respondentů nežije v původní rodině s oběma biologickými rodiči. Všichni šetření respondenti se obrátili na pomoc nějakého poradenského zařízení a u většiny z nich se jednalo hned o několik zařízení. V 92 % docházeli do pedagogicko-psychologické poradny, téměř polovina z nich do psychiatrické ambulance. Čtyřem ze šetřených respondentů (31%) byl přidělen dohled kurátora. Při zkoumání psychologické diagnózy respondentů bylo zjištěno, že více než polovině z nich (54 %) byly diagnostikovány osobnostní a psychologické problémy, u 38 % specifické poruchy učení (konkrétně dyslexie, dysgrafie, dysortografie), u třetiny ADHD (31%) a u 23 % ADD. Nejčastějšími důvody pro přijetí k dobrovolnému diagnostickému pobytu respondentů byly v případě všech respondentů rodinné, osobnostní a psychické problémy, u 92 % problémy školní, v 62 % jimi byly asociální činnosti a zneužívání návykových látek (včetně alkoholu a nikotinu). Tyto uvedené problémy se v případě jednotlivých respondentů vždy kombinovaly, tj. potíže respondenta se objevovaly v několika rovinách současně (v osobnostní, rodinné, školní). Mezi nejčastější očekávání respondentů od pobytu patřilo zlepšení jejich chování, tj. zmírnění či odstranění některých nežádoucích projevů jejich chování a jednání, což koresponduje s očekáváními rodičů, přičemž téměř polovina z nich (46 %) očekávala také pozitivní změnu vztahu s respondentem a ochotu respondenta respektovat domácí pravidla a plnit si své povinnosti. Jak vyplývá ze šetření, výrazným způsobem se mění motivovanost respondenta ke změně svého chování před nástupem na pobyt a jeho motivovanost a připravenost ke změně již v průběhu pobytu.

Téměř polovina (46 %) přichází na pobyt nemotivována, přičemž v průběhu pobytu se toto mění a každého z respondentů se daří namotivovat. I to se poté odrazilo na způsobu ukončení pobytu, kdy 84 % respondentů svůj pobyt ukončilo ve stanoveném termínu a řádným způsobem, tj. pobyt byl z pohledu střediska úspěšný. U zbývajících 16 % byl pobyt předčasně ukončen, v jednom případě na žádost zákonného zástupce (zde jej však lze považovat za úspěšný, vedl totiž k aktivizaci respondentova otce, jenž jej následně získal do své péče, což bylo v dané situaci pro respondenta nejprínosnější) a ve druhém případě ze strany střediska.

V prvním šetření, tj. 6 měsíců od ukončení pobytu, bylo zjištěno, že všichni z respondentů a jejich zákonných zástupců shledávají nějaké pozitivní změny v chování respondenta, ať jsou již zásadní či jen částečné, tj. došlo k pozitivní změně jen v některých projevech jejich chování a jednání. Z pohledu respondentů i jejich zákonných zástupců převažují spíše částečné pozitivní změny. Pouze třídní učitelé zhodnotili chování svých žáků v 15 % jako beze změny, tj. nadále špatné i po absolvování pobytu a u 15 % zaznělo, že změny v chování respondenta shledávají, nikoli však pozitivní, nýbrž negativní. V průběhu prvního šetření došlo ke dvěma zásadním událostem, a to ke změně rodičovské péče v případě dvou dívek. Případná změna byla řešena již v průběhu pobytu, a v obou případech se ukázala jako přínosná z hlediska psychické pohody respondenta a s tím související pozitivní změnou v jeho chování. Co se týče změny domácích pravidel a výchovného přístupu zákonných zástupců, zaznamenalo ji celkem 38 % respondentů, naopak 47 % z nich jakoukoli změnu nezaznamenalo, tj. respondent se vrátil zpět do nezměněného domácího prostředí. Z pohledu zákonných zástupců však ke změnám došlo, zejm. v jejich snaze využít doporučení střediska ve svém dalším výchovném působení, což zhodnotilo 92 % z nich. Co se týče adaptace respondentů na školu, z jejich pohledu a z pohledu jejich zákonných zástupců proběhla u většiny (69 %) bez potíží, z pohledu třídních učitelů je tomu podobně (77 %). Uváděným důvodem případných potíží respondenta při adaptaci byla zejm. jeho tendence obtížně snášet změny. Jak zákonní zástupci, tak respondenti zaznamenali následkem pobytu pozitivní změnu v jejich vzájemném vztahu (oba 62 %), ve zbývajících případech zůstal vztah stejně dobrý jako před pobytem. Přínos pobytu shledali ze svého pohledu stejně tak respondenti jako jejich zákonní zástupci (děti 77 %, zákonní zástupci 85 %), což respondenti odůvodnili např. získáním náhledu na své chování, zákonní zástupci naopak zjištěním, že nejsou jedinými rodiči, potýkajícími se s problémy. Cílem průzkumu bylo zmapovat úspěšnost pobytu z pohledu respondentů, jejich zákonných zástupců a třídních učitelů. Během šetření bylo

zjištěno, že více než polovina respondentů zhodnotila svůj pobyt v SVP jako úspěšný (61 %), 8 % z nich zaznamenalo jen částečnou úspěšnost a třetina z nich (31 %) jej shledala neúspěšným. Zákonní zástupci spolu s třídními učiteli se v otázce úspěšnosti pobytu respondenta shodli v odpovědi částečné úspěšnosti (23 %), úspěšným pobyt zhodnotilo 54 % zákonných zástupců a téměř polovina (46 %) třídních učitelů, neúspěšnost pobytu shledala třetina třídních učitelů (31 %) a 23 % zákonných zástupců (jeden ze zákonných zástupců jej označil za zcela zbytečný, jednalo se však o otce, jemuž bylo dítě po pobytu svěřeno do péče, otec s pobytem od počátku nesouhlasil a po domluvě s matkou o změně péče dítěti pobyt ve středisku ukončil) (viz Tabulka č. 41 níže).

Tabulka č. 41 **Komparace úspěšnosti pobytu po prvním šetření**

KOMPARACE ÚSPĚŠNOSTI POBYTU			
respondent	z pohledu respondenta	z pohledu zákonného zástupce	z pohledu třídního učitele
respondent č. 1	úspěšný	úspěšný	částečně úspěšný
respondent č. 2	úspěšný	úspěšný	úspěšný
respondent č. 3	úspěšný	částečně úspěšný	neúspěšný
respondent č. 4	úspěšný	úspěšný	úspěšný
respondent č. 5	úspěšný	úspěšný	úspěšný
respondent č. 6	úspěšný	úspěšný	úspěšný
respondent č. 7	úspěšný	neúspěšný	úspěšný
respondent č. 8	neúspěšný	neúspěšný	neúspěšný
respondent č. 9	částečně úspěšný	částečně úspěšný	úspěšný
respondent č. 10	neúspěšný	částečně úspěšný	neúspěšný
respondent č. 11	úspěšný	úspěšný	částečně úspěšný
respondent č. 12	neúspěšný	úspěšný	částečně úspěšný
respondent č. 13	neúspěšný	neúspěšný	neúspěšný

Pozn.: Respondentem č. 7 je dívka, která byla v době nástupu k pobytu v péči matky, během pobytu bylo však rozhodnuto o změně rodičovské péče a jejím umístěno do péče otce, který s pobytem již od počátku nesouhlasil. Dle jeho názoru neměla dívka nijak výrazné potíže, matka pobytem řešila pouze vzájemný problematický vztah s dcerou. Třídní učitel dívky zhodnotil, že ve škole neměla výraznější potíže a pobyt byl tak uskutečněn z důvodu komplikovaného vztahu matky a dcery.

V závěrečném šetření s odstupem dalších 6 měsíců od prvního šetření bylo cílem zjistit aktuální stav chování respondenta jak v prostředí domácím, tak školním. Přetrvávání pozitivních změn z pohledu respondentů bylo zjištěno zhruba u třetiny z nich (31 %), dalších 31 % toto popřelo a přibližně stejně (38 %) zhodnotilo, že pozitivní změny v jejich chování přetrvávají pouze částečně. Z pohledu zákonných zástupců zhodnotila téměř polovina z nich (47 %), že pozitivní změny v chování a jednání respondenta nastartované pobytem se nepodařilo zachovat. Přibližně třetina respondentů i zákonných zástupců (31 %) potvrdila zhoršení vzájemného vztahu, což přičítají zejména opětovnému nežádoucímu chování respondentů. 38 % zákonných zástupců zaznamenalo v chování respondentů závažné problémy, které před nástupem na pobyt a krátce po pobytu neměli. Jeden z respondentů byl umístěn v dětském domově se školou a jeden byl dlouhodobě umístěn v dětské psychiatrické léčebně (v obou případech se jednalo o respondenty, u nichž byl stanoven dohled kurátora). Celkem 46 % zákonných zástupců se z důvodu respondentova zhoršeného chování obrátilo na další poradenské pracoviště. Jak již bylo výše zmíněno, šetření ve škole proběhlo pouze u 7 respondentů z důvodu změny školy zbývajících 6 respondentů.

Diskuse

V průběhu tohoto šetření se zdálo stále jasnější, že šetření úspěšnosti po 6 měsících od ukončení pobytu je na rozdíl od šetření o dalších 6 měsíců později daleko průkaznější. Lze tedy ještě zjistit efektivitu pobytu jednotlivých respondentů, a to zejména s ohledem na alespoň částečné sepětí se střediskem. Mnozí respondenti totiž ještě dochází do následné péče v ambulantním oddělení. 6 měsíců je z tohoto hlediska poměrně ideální časový odstup, v němž se již vykrystalizuje, zda má respondent dobře nakročeno a pobyt byl v jeho případě úspěšný, či nikoli, tj. zda se mu bude nadále dařit nebo se vrátí ke svým starým, před pobytem uplatňovaným způsobům chování a jednání. Protože většina klientů střediska nevyužívá možnosti následné péče po celý rok, postupně se jeho spojení se střediskem zeslabuje, čímž se rozrůstá manipulační prostor pro jeho blízké okolí. Na chování a jednání klienta, a vůbec celý jeho život, působí celá řada faktorů a ty se mohou v závislosti na změně situace či prostředí výrazně proměňovat. Jeden rok je v tomto směru nesmírně dlouhý a může na něj působit pestrá škála nových, dosud nepoznaných vlivů a jevů. Významnou roli zde také sehrává vývojové období klienta, v němž se nachází. Např. v období puberty se jedinec začíná vymezovat, odpoutává se od své biologické rodiny, dostává se do vlivu svých vrstevníků, stává se členem party a toto

ovlivňuje cestu, jakou se bude ubírat jeho další působení, jaký způsob chování a jednání zvolí k vlastnímu sebeprosazení ve vrstevnickém kolektivu, v partě a vůbec v celé společnosti. Prostředí a aktuální situace tak významně ovlivňuje další vývoj chování jedince. A z tohoto důvodu je poslední šetření výrazně kratší než šetření předchozí.

9.1 Vyhodnocení předpokladů

V práci byly stanoveny 4 předpoklady.

Předpoklad č. 1 **Lze předpokládat, že ačkoli se jedná o dobrovolný diagnostický pobyt, většina respondentů s ním není vnitřně ztotožněna.**

Tento předpoklad se potvrdil, viz Tabulka č. 10 a k ní náležející Graf (s. 68-69). Téměř polovina respondentů (46 %) byla před nástupem k pobytu na něj nemotivována, tedy nechtěla na něj nastoupit. Nejčastějšími zmiňovanými důvody byl strach z neznámého, ztráta svobody a volnosti, nutnost podřízení se stanovenému řádu a pravidlům, ztráta kontaktu s kamarády. Někteří z těchto respondentů byli přesvědčeni o tom, že jejich potíže nejsou natolik závažné, aby museli pobyt v SVP absolvovat. Dalších 31 % respondentů bylo motivováno částečně. Tito svou odpověď zdůvodňovali tím, že ač se jim na pobyt nechtělo, byli s ním současně smířeni. Jen pro pouhých 23 % respondentů představoval pobyt možnost pracovat na sobě samých, na zmírnění problémů, jež měli, na zlepšení rodinných vztahů. Pobyt tak vnímali jako výzvu. Lze tedy shrnout, že jen 23 % respondentů bylo k pobytu motivováno, zbývajících 77 % bylo nemotivováno či jen částečně motivováno. Ze stanoveného a následně potvrzeného předpokladu vyplývá, že většina respondentů není ztotožněna s pobytem a ačkoliv je pobyt nazván dobrovolným diagnostickým pobytem, většina respondentů na něj nastupuje na základě nařízení rodičů.

Předpoklad č. 2 **Lze předpokládat, že většina respondentů absolvuje dobrovolný diagnostický pobyt z důvodu problémů v chování objevujících se jak doma, tak ve škole.**

Předpoklad č. 2 o důvodech umístění respondentů na dobrovolný diagnostický pobyt **se potvrdil**, viz Tabulka č. 7 (s. 65). Převážná většina respondentů byla přijata na dobrovolný diagnostický pobyt hned z několika velmi závažných důvodů. U všech respondentů byly zastoupeny problémy v jejich chování doma, a to např. nerespektování zákonných zástupců, nevhodné chování vůči nim i sourozencům, nerespektování stanovených pravidel, krádeže, agresivní projevy vůči rodinným příslušníkům, útoky z domova. V případě 92 % respondentů byly důvodem nástupu k dobrovolnému diagnostickému pobytu problémy v chování vyskytující se ve škole, které zahrnovaly nerespektování autority pedagoga, hrubé narušování výuky, špatné vztahy s vrstevníky, neadekvátní

projevy chování ve škole, záškoláctví, nepřipravování se do školy, neplnění povinností, krádeže.

Zmíněné výsledky dokazují, že problémové chování se prolíná v celé šíři sociálního života jedince, jak v prostředí rodiny, tak v prostředí školy a vrstevníků a mnohdy tak negativně ovlivňuje mezilidské vztahy dítěte s jeho primární skupinou, ale i s širším sociálním prostředím.

Předpoklad č. 3 Lze předpokládat, že většina zákonných zástupců respondentů, kteří absolvují dobrovolný diagnostický pobyt v SVP, očekává zmírnění poruch chování.

Tento předpoklad o očekáváních zákonných zástupců respondentů od dobrovolného diagnostického pobytu **se potvrdil**, viz Tabulka č. 9 (s. 67). Všichni zákonní zástupci (tj. 100 %) očekávali od dobrovolného diagnostického pobytu respondenta v SVP odstranění či alespoň zmírnění nežádoucích projevů jeho chování a jednání. Jak již bylo zmíněno výše, tyto nežádoucí projevy v chování a jednání dítěte se objevují jak v rodinném, tak školním prostředí, a mohou být natolik intenzivní a dlouhodobé, že rodiče vnímají pobyt jako jediné možné východisko řešení takto závažné situace.

Očekávání před pobytem nemají jen zákonní zástupci a klienti, ale také pracovníci SVP. Ti očekávají zájem o spolupráci a otevřenost při řešení potíží klienta, a to jak ze strany jeho samotného, tak ze strany jeho zákonných zástupců. V případě rodičů sehraje velmi významnou roli také zájem o dítě a osobní angažovanost. V praxi ne všichni rodiče využívají možnost své děti např. pravidelně telefonicky, písemně kontaktovat nebo navštěvovat.

Předpoklad č. 4 Lze předpokládat, že většina respondentů, kteří absolvují dobrovolný diagnostický pobyt, jej ukončí řádně.

Předpoklad č. 4 byl potvrzen, viz Tabulka č. 12 a k ní náležející Graf (s. 70-72). Většina respondentů (85 %) ukončila dobrovolný diagnostický pobyt ve stanoveném termínu a řádně, tj. úspěšně. V případě jednoho z nich se jednalo již o opakovací pobyt. Žádný z respondentů pobyt neukončil neřádným způsobem. Ukazuje se tedy, že v prostředí SVP, tj. v prostředí s jasně stanovenými a srozumitelnými pravidly a důsledným a jednotným výchovným vedením, je klient po dobu devítidenního dobrovolného diagnostického pobytu schopen „fungovat“ bez výraznějších výchovných obtíží, tedy natolik dobře, že z pohledu SVP lze pobyt shledat úspěšným.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu u respondentů, jež jej absolvovaly, a to z pohledu jak jejich, tak z pohledu jejich zákonných zástupců a třídních učitelů. Jak z uskutečněného průzkumu vyplývá, vnímání úspěšnosti pobytu respondenta je vždy velmi subjektivní a mnohdy se pohledy na ni mohou různit, tj. jinak ji vnímá on sám, jinak jeho zákonný zástupce a jinak třídní učitel. Co jeden z nich vnímá jako úspěšné, může druhý zhodnotit nedostačujícím. V tomto směru tedy nelze dojít k jakémukoli zobecnění, protože každý případ je něčím specifický a odlišný od ostatních, vždy jej lze posuzovat pouze na základě detailního seznámení s ním a s přihlédnutím k jeho jedinečnosti. Ta vyplývá z individuality konkrétního respondenta, jeho osobnostních rysů, z charakteru jeho problémů, jeho osobní, rodinné a sociální situace. Navíc je třeba si uvědomit, že tato situace se v průběhu času proměňuje, a to někdy velmi zásadním způsobem, zasahuje do ní více či méně významných okolností, které poznamenávají její další vývoj. Po absolvování pobytu jsou tak respondenti připraveni k uskutečnění změn, jichž se jim během pobytu podařilo dosáhnout. Pokud se však nějakým způsobem nezmění prostředí, do něhož se vrací, je velmi náročné uspět. Úspěšnost pobytu tak nezávisí jen na respondentovi, ale také na podpoře, jež se mu v jeho přirozeném prostředí dostane. Tou podporou je stabilita rodinného zázemí s láskyplnou, vřelou atmosférou, jednotný výchovný přístup a důslednost rodičů.

Ať už dítě je či není motivováno k pobytu, už jen to, že na pobyt nastoupí, je známkou alespoň minimální ochoty k vzájemné spolupráci a k započetí změn ve svém chování a jednání. I to již lze považovat za úspěch. Mnozí z respondentů totiž otevřeně přiznávají, že na pobyt nechťeli, ale nic jiného jim nezbylo a tak se pokusí následující dva měsíce zvládnout. V průběhu pobytu většina z nich svůj prvotní negativní, odmítavý postoj mění, postupně se přestávají bránit změně, což jim umožňuje najít cestu k sobě samým i k druhým lidem, zejména ke svým nejbližším. I toho může být hodnoceno jako další dílčí úspěch. Právě rodinné potíže, zejm. problematické vztahy s rodiči a sourozenci, jsou spolu s osobnostními problémy nejčastějšími důvody k umístění respondentů na dobrovolný diagnostický pobyt. A u většiny z nich se potvrzuje pozitivní upevnění vzájemných vztahů a zkvalitnění komunikace.

Je zřejmé, že úspěšnost pobytu je závislá nejen na přístupu samotného klienta, ale výrazně ji ovlivňuje také přístup jeho zákonných zástupců. Již během pobytu je nezbytná jejich

spolupráce se střediskem, kdy mají v průběhu individuálních konzultací možnost otevřeně hovořit o svých pocitech, zamýšlet se nad pozitivy a negativy svého výchovného působení a přístupu, hledat možnosti jeho optimalizace a současně hledat možnosti, jak svému dítěti usnadnit návrat domů a vytvořit pro něj natolik bezpečné prostředí, jež jej podpoří v udržení pozitivních změn dosažených na dobrovolném diagnostickém pobytu. Úspěšnost může ovlivnit i třídní učitel dítěte, a to především vstřícným, trpělivým, laskavým jednáním s klientem, jímž mu usnadní návrat do školy.

Stanoveného cíle práce bylo dosaženo. Byla zjištěna úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu v SVP jak z pohledu respondentů, jež jej absolvovaly, tak jejich zákonných zástupců a třídních učitelů. Přínosem práce je zhodnocení úspěšnosti dobrovolného diagnostického pobytu ve středisku výchovné péče z několika pohledů současně. Jak se během šetření ukázalo, vnímání úspěšnosti je z pohledu každého jedince zcela subjektivní a závisí na celé řadě faktorů, jistě je to dáno i někdy rozdílným očekáváním respondentů, zákonných zástupců a třídních učitelů od pobytu.

NÁVRH OPATŘENÍ

Tato bakalářská práce se zabývá úspěšností dobrovolného diagnostického pobytu ve středisku výchovné péče u dětí, jež jej absolvovaly. Ve středisku výchovné péče pracuji čtvrtým rokem jako denní vychovatelka na pobytovém oddělení. Vychovatel je ve středisku výchovné péče významnou osobou. Nejen že zajišťuje organizační záležitosti, zajišťuje dodržování řádu a pravidel střediska, účastní se terapeutických skupin vedených etopedy a psychologem, poskytuje klientům zpětnou vazbu týkající se jejich chování, jednání, působení na pobytu. Co je ale podstatné, tráví s klienty nejvíce času, poznává je v mnoha nejrůznějších situacích, z mnoha jejich stránek, podporuje a vyzdvihuje jejich pozitiva, taktně je upozorňuje na jejich prohřešky a motivuje je ke změně. Je pozorovatelem jednotlivých klientů a poskytuje potřebné informace dalším odborníkům, kteří na základě toho volí další způsob podpůrného vedení klienta. Tato bakalářská práce pro mě byla značným přínosem. Jak jsem již uvedla v úvodu, během své praxe ve středisku výchovné péče často přemýšlím o úspěšnosti pobytu našich klientů. Každý od nás odchází s jasným cílem, a to uspět a chovat se jinak, lépe. Po jejich odchodu se s nimi pak my vychovatelé většinou již nemáme možnost setkat a podrobněji se věnovat tomu, zda se mu vytyčených cílů daří dosahovat.

Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu v této bakalářské práci, byli vybíráni cíleně, a byli jimi ti, kteří pobyt ve středisku výchovné péče absolvovali v období prvního pololetí školního roku 2009/2010 a všechny jsem je znala osobně, stejně jako jejich zákonné zástupce. I proto probíhaly rozhovory v příjemné atmosféře, respondenti i jejich zákonní zástupci byli otevření, ochotní a velmi sdílní. V žádném z rozhovorů jsem neměla pocit, že by byli neupřímní. Rozhovory probíhaly především ve středisku ve dnech, kdy měli respondenti se zákonnými zástupci smlouvenou konzultaci s etopedem v rámci následné péče. V případě, že respondenti následnou péči nevyužívali, probíhala komunikace telefonicky.

Jak bylo již výše uvedeno, na dalším působení respondenta po pobytu se významným způsobem podílí rodina a prostředí, jež jej obklopuje. V praxi se lze často setkat s vlažným přístupem zákonných zástupců právě ke zmíněné následné péči, poskytované jim po pobytu v délce až jednoho roku. Zákonní zástupci tuto možnost pokračování spolupráce nevyužívají, nepřikládají jí valný význam, což je dle mého názoru nešťastné, protože

udržování alespoň částečné spolupráce může být pro další působení dítěte pozitivní a lze ji tak shledat nezbytnou. Z tohoto důvodu by bylo vhodné více využívat možnosti následné péče a se střediskem nadále intenzivně spolupracovat.

Zákonní zástupci si v průběhu pobytu velmi pochvalují rodičovské skupiny, které probíhají každé dva týdny v neděli. Jsou strukturovány do dvou částí a každá trvá přibližně 60 minut. První části se účastní poradce (etoped, psycholog), který skupinu vede. Dále klienti se svými zákonnými zástupci a odborný vychovatel, který zákonným zástupcům klienta poskytuje informace o jeho chování v předchozích dvou týdnech. Poradce věnuje dostatečný prostor každému jednotlivému klientovi a jeho rodině. Sám klient hodnotí své působení na pobytu, co se mu daří, co nikoli, co by od pobytu ještě potřeboval. Strávil-li klient víkend doma s rodinou, hodnotí průběh víkendu, své chování a splnění či nesplnění úkolů v plánu, jež mu byly zadány ke splnění. Plán na víkend zahrnuje úkoly klienta od sebe sama, jeho přání, úkoly k rodičům a poté úkoly od rodičů. Zhodnocení uplynulého víkendu a chování dítěte se pak ujímají i sami zákonní zástupci. Druhá část skupiny je již určena jen zákonným zástupcům klientů, kteří zde dostávají prostor ke vzájemnému sdílení svých myšlenek, názoru, příběhů. Rodiče si tak mohou předávat své zkušenosti, navzájem se podpořit. Již jen pocit, že člověk není na své problémy chvíli sám a sdílí je s lidmi, kteří se s nimi také potýkají, může dodat trpělivost, naději, odvahu a sílu jít dál. V praxi si zákonní zástupci rodičovskou skupinu velmi cení a pochvalují. Proto by bylo vhodné realizovat i pro rodiče klientů, kteří již pobyt ve středisku ukončili, ale nadále dochází na následnou péči. Tímto by se mohla spolupráce ještě zefektivnit, což by zpětně mohlo pozitivně ovlivnit úspěšnost pobytu klienta.

Výuka klientů internátního oddělení probíhá přímo v budově střediska výchovné péče, v níž je zřízena jednotřídka pro maximálně 8 žáků. Zejména díky takto nízkému počtu žáků se může učitel věnovat každému z nich individuálně. Při výuce je tak zdůrazňován individuální přístup k jednotlivým žákům, a to i v případě hodnocení jejich výkonu. Z vyjádření mnoha klientů vyplývá, že zde znovu nalézají pozitivní vztah a přístup ke škole a povinnostem s ní spojených. Problém však nastává po ukončení pobytu. Většina klientů po návratu do své kmenové školy musí podstupovat náročné rozdílové zkoušky téměř ze všech předmětů, protože kmenová škola odmítá akceptovat klasifikaci navrženou učitelem ze střediska výchovné péče. Návrat mnohých klientů je tak značně znepríjemněn, což nepříspěvá k usnadnění jejich školní adaptace. Proto by bylo vhodné užší sepětí

kmenové školy klienta se střediskem výchovné péče a zefektivnění vzájemné komunikace a spolupráce.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BAYEROVÁ, M. Ústavní a ochranná výchova a preventivně výchovná péče ve školských zařízeních. *Právo a rodina*. 2010, roč. 12, č. 5, s. 1-3. ISSN 1212-866X.

BENDL, S. *Neukázněný žák: cesta institucionální pomoci*. 1. vyd. Praha: ISV, 2004. ISBN 80-86642-36-4.

FISCHER, S. – ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HADJMOUSSOVÁ, Z. *Úvod do speciálního poradenství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-659-8.

ICM. *Šikana - charakteristika* [online]. 2005-11. [cit. 2010-11-14]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/sikana-charakteristika>

IPPP. *Služby* [online]. [cit. 2010-11-17]. Dostupné z: http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=4&Itemid=2

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.

JANSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-7041-114-7.

JEDLIČKA, R. a kol. *Děti a mládež v obtížných situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.

KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování: cesta k zastavení epidemie šikanování na školách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-014-3.

KOLÁŘ, M. *Skrytý svět šikanování ve školách: příčiny, diagnostika a praktická pomoc*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-123-1.

KYRIACOU, Ch. *Řešení výchovných problémů ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-945-3.

LAZAROVÁ, B. *První pomoc při řešení výchovných problémů: poradenské minimum pro učitele*. 1. vyd. Praha: Strom, 1996. ISBN 80-86106-00-4.

MATOUŠEK, O. – KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy, prevence kriminality mládež*. 2. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.

MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. ISBN 80-7311-075-X.

MICHALOVÁ, Z. *Speciální pedagogika. 2. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2008. ISBN 978-80-7372-376-7.

MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení a chování*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2003. ISBN 80-7290-115-X.

MSMT. *Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti středisek výchovné péče* [online]. 2007-07-18, Jiří Nezval. [cit. 2010-11-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-upresnujici-podminky-cinnosti-stredisek-vychovne-pece>

MSMT. *Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovné vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče* [online]. 2006-04-04, administrátor. [cit. 2010-11-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-458-2005-sb-ktouhou-se-upravuji-podrobnosti-o-organizaci-vychovne-vzdelavaci-pece-ve-strediscich-vychovne-pece?highlightWords=vyhl%C3%A1%C5%A1ka+458%2F2005>

MSMT. *Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů* [online]. 2002-04-12, administrátor. [cit. 2010-11-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-109-2002-sb-o-vykonu-ustavni-vychovy-nebo-ochranne-vychovy-ve-skolskych-zarizenich-a-o-preventivne-vychovne-peci-ve-skolskych-zarizenich-a-o-zmene-dalsich-zakonu>

MSMT. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online]. 2004-11-19, administrátor. [cit. 2011-04-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>

MUNI. *Školní opatření k profesní orientaci dětí sociálně znevýhodněných a prospěchově slabých* [online]. 2006-09-21, 13:38 hod., Lazarová [cit. 2011-04-17]. Dostupné z: http://fsps.muni.cz/~lazarova/materialy/MODULE_4_CZECH_040304%5B1%5D.pdf

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

PEŠATOVÁ, I. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2007. ISBN 978-80-7372-291-3.

PEŠATOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z etopedie. 1. díl Klasifikace a diagnostika poruch chování*. 2., upravené vyd. Liberec: Technická univerzita, 2006. ISBN 80-7372-087-6.

PEŠOVÁ, I. – ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PROCHÁZKOVÁ, M. Ústavní a preventivně výchovná péče o děti a mládež s poruchami chování. In VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2., rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido, 2004, s. 380-388. ISBN 80-7315-071-9.

ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-049-9.

SOCHŮREK, J. *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2009. ISBN 978-80-7372-448-1.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SVOBODOVÁ, L. Záškoláctví a jeho skryté formy. *Prevence*. 2010, roč. 7, č. 7, s. 16-17. ISSN 1214-8717.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémových dětí a mládeže*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2000. ISBN 80-7083-378-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologické podmínky vzdělávání zdravotně, sociálně a sociokulturně znevýhodněných lidí*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2007. ISBN 978-80-7372-184-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozšířené vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III.: vzdělávací handicap – postižení schopností nezbytných k učení*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-669-5.

VOCILKA, M. *Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-5-6.

VOCILKA, M. et al. *Vybrané statě z etopedie*. 1. vyd. Most: Regionální středisko výchovy a vzdělávání, 1994.

VOJTOVÁ, V. Kapitoly ze základů etopedie. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido, 2006, s. 353-364. ISBN 80-7315-120-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přehled poruch chování a emocí dle MKN-10 (viz text – s. 35).

Příloha č. 2: Dotazník určený třídním učitelům klientů v rámci druhé části průzkumu (viz text – s. 53).

Příloha č. 3: Struktura otázek k rozhovoru s respondenty v období 6 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP (viz text – s. 54).

Příloha č. 4: Struktura otázek k rozhovoru se zákonnými zástupci respondentů v období 6 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP (viz text – s. 54).

Příloha č. 5: Struktura otázek k rozhovoru s respondenty v období 12 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP (viz text – s. 54).

Příloha č. 6: Struktura otázek k rozhovoru se zákonnými zástupci respondentů v období 12 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP (viz text – s. 54).

Příloha č. 1: Přehled poruch chování a emocí dle MKN-10

K poruchám chování a emocí, jež vznikají v dětství či adolescenci dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) patří:

F 90 Hyperkinetické poruchy.

F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti.

F 90.1 Hyperkinetická porucha chování.

F 90.8 Jiné hyperkinetické poruchy.

F 90.9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná.

F 91 Poruchy chování.

F 91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině.

F 91.1 Nesocializovaná porucha chování.

F 91.2 Socializovaná porucha chování.

F 91.3 Porucha opozičního vzdoru.

F 91.8 Jiné poruchy chování.

F 91.9 Porucha chování nespecifikovaná.

F 92 Smíšené poruchy chování a emocí.

F 92.0 Depresivní porucha chování.

F 92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí.

F 92.9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná.

F 93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství.

F 93.0 Separační úzkostná porucha v dětství.

F 93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství.

F 93.2 Sociální úzkostná porucha v dětství.

F 93.3 Porucha sourozenecké rivality.

F 93.8 Jiné emoční poruchy v dětství.

F 93.9 Emoční porucha v dětství nespecifikovaná.

F 94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci.

F 94.0 Elektivní mutismus.

F 94.1 Reaktivní porucha přichylnosti v dětství.

F 94.2 Dezinhibovaná přichylnost v dětství.

F 94.8 Jiné poruchy sociálních vztahů v dětství.

F 94.9 Porucha sociálních vztahů v dětství nespecifikovaná (Pešatová, 2006, s. 33-34).

Příloha č. 2: Dotazník určený třídním učitelům klientů v rámci druhé části průzkumu

Vážení pedagogové,

jmenuji se Kateřina Andrlová a studuji druhý ročník Speciální pedagogiky pro vychovatele na Technické univerzitě v Liberci. Jedním z požadavků pro úspěšné absolvování je vypracování bakalářské práce. Cílem mé práce je zmapovat úspěšnost dobrovolného diagnostického pobytu u dětí, které jej absolvovaly ve Středisku výchovné péče Čáp v Liberci v rozmezí prvního pololetí školního roku 2009/2010 a které jsou současně vašimi žáky. Tímto Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku, jenž se týká Vašeho žáka/Vaší žákyně

Vyplnění dotazníku je anonymní a veškeré údaje budou užity jen pro studijní účely.

Děkuji Kateřina Andrlová

1. Jaké potíže mělo dítě před nástupem na pobyt do střediska výchovné péče?

2. Došlo ke změnám v chování a jednání dítěte po absolvování dobrovolného diagnostického pobytu?

- Ano

- Ne

- Částečně

3. Jak se dítě zadaptovalo po návratu ze střediska výchovné péče v kolektivu, jak ho spolužáci přijali?

4. Splnil pobyt Vaše očekávání?

- Ano

- Ne

5. Co byste v rámci další spolupráce doporučovali?

Příloha č. 3: Struktura otázek k rozhovoru s respondenty v období 6 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP

1. Vzpomeň si, z jakých důvodů jsi nastoupil na dobrovolný diagnostický pobyt v SVP. Na čem jsi tam zapracoval? Daří se Ti v tom stále nebo ne? V čem konkrétně.
2. Jak se Ti dařilo přizpůsobit se domácímu režimu po návratu ze střediska?
3. Změnili rodiče po Tvém návratu domů režim, pravidla (např. musíš chodit domů dřív, v určitou dobu si dělat úkoly apod.) a svůj přístup (jsou důslednější, přísnější apod.)?
4. Jak se Ti dařilo přizpůsobit se školnímu prostředí a režimu, jak jsi si na něj zvykal/a? Jak Tě přijali spolužáci?
5. Přinesl Ti pobyt ve středisku výchovné péče něco, tj. byl podle Tebe přínosný? V čem konkrétně?
6. Změnil se na základě pobytu ve středisku výchovné péče Tvůj vztah s rodiči a sourozenci? V čem konkrétně?
7. Splnil pobyt Tvá očekávání? V čem konkrétně.
8. Hodnotíš ty sám pobyt ve středisku výchovné péče úspěšný?

Příloha č. 4: Struktura otázek k rozhovoru se zákonnými zástupci respondentů v období 6 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP

1. Vzpomeňte si, z jakých důvodů nastoupilo Vaše dítě na dobrovolný diagnostický pobyt v SVP. Zaznamenali jste změny v chování svého dítěte během pobytu? Byly pozitivní? Přetrvávají tyto změny i po 6 měsících od ukončení pobytu?
2. Jak se dítě zadaptovalo doma po návratu z dobrovolného diagnostického pobytu, jak se přizpůsobilo domácímu režimu a atmosféře?
3. Jak se dítě zadaptovalo ve škole po návratu z dobrovolného diagnostického pobytu, tj. jak se přizpůsobilo školnímu prostředí a režimu?
4. Přinesl pobyt Vašeho dítěte ve středisku výchovné péče něco Vám? Co?
5. Změnil se na základě dobrovolného diagnostického pobytu Váš vztah se synem/dcerou? V čem?
6. Využili jste v praxi některá doporučení odborníků střediska? Pokud ano, která a jak se osvědčila?
7. Splnil pobyt Vaše očekávání? V čem konkrétně?
8. Byl dle Vás pobyt Vašeho dítěte ve středisku výchovné péče úspěšný?
9. Co byste doporučili pro lepší spolupráci mezi rodičem a střediskem?

Příloha č. 5: Struktura otázek k rozhovoru s respondenty v období 12 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP

1. Vzpomeň si, proč jsi byl/a na pobytu ve středisku výchovné péče. Daří se Ti v tom, na čem jsi na pobytu zapracoval/a? V čem konkrétně se Ti daří, co se Ti daří jen částečně a co se Ti nedaří vůbec a proč.
2. Jak aktuálně vycházíš s rodiči?
3. Jak v poslední době vycházíš se spolužáky, kamarády, vrstevníky?
4. Jak se Ti daří ve škole?

Příloha č. 6: Struktura otázek k rozhovoru se zákonnými zástupci respondentů v období 12 měsíců od ukončení dobrovolného diagnostického pobytu v SVP

1. Máte pocit, že změny v chování, kterých Vaše dítě během pobytu ve středisku výchovné péče dosáhlo, nadále přetrvávají? V čem přesně?
2. Objevily se u Vašeho dítěte za posledních 6 měsíců nějaké závažnější problémy v chování, které před pobytem ve středisku nemělo? Které?
3. Co jste udělal/a Vy pro to, aby se chování Vašeho dítěte po pobytu v SVP nezhoršilo?
4. Jaký je Váš vztah s dítětem v současné době?
5. Využil/a jste po pobytu ambulantní či internátní služby nějakého jiného poradenského pracoviště? Pokud ano, kterého (dětská psychiatrická léčebna, dětský diagnostický ústav, pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum) a kdy?